EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur LUCIEN PICQUÉ

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1913

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

LECTURES FAITES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

1907. 1re Lecture : *Sur la décortication du poumon*, rapport de M. Delorme (Séance du 5 mars 1907).

1910. 2e Lecture : *De la méthode chirurgicale en médecine mentale*, rapport de M. Schwartz (Séance du 24 mai).

1910. 3e Lecture : *De la douleur en chirurgie* (Séance du 19 juillet), M. Championnière (de l'Institut), rapporteur.

1910. 4e Lecture : *Les psychoses d'origine infectieuse* (Séance du 18 octobre), rapport de M. le Professeur Ledentu lu en 1911.

1911. 5e Lecture : *Des déviations utérines. Importance des données de la psychiatrie dans l'étude des indications thérapeutiques* (Séance du 3 janvier), rapport de M. Richelot (Séance du 23 mai 1911).

1911. 6e Lecture : *Sur un cas de décortication pulmonaire* (opération de Delorme), rapport de M. Delorme (Séance du 26 mars 1912).

1911. 7e Lecture : *De l'épilepsie traumatique. Étude de pathogénie et de diagnostic* (Séance du 16 mai). M. Delorme, rapporteur.

1912. 8e Lecture : *Psychothérapie et psychothérapeutique chirurgicale* (Séance du 23 avril).

1912. 9e Lecture : *Des psychopathies symptomatiques* (Séance du 30 juillet). M. Richelot, rapporteur.

1913. 10e Lecture : *Hystérie et chirurgie* (Séance du 25 février).

II

TITRES ET FONCTIONS

Service dans les Hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou de 1872 à 1880 (Concours 1872 et 1877).

Élève du Service de santé militaire. Médecin stagiaire et aide-major.

Docteur en médecine, 1876.

Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine (concours 1881).

Chef de clinique à la Charité (par délégation ministérielle 1882 et 1883).

Chef de clinique adjoint (Concours 1883).

Chef de clinique titulaire de la Faculté de médecine à l'Hôtel-Dieu (Concours 1884. Reçu le 1er).

Membre titulaire de la Société anatomique, 1885.

Chirurgien adjoint des Asiles d'aliénés de la Seine, 1884.

Chirurgien des Hôpitaux (Concours 1887). A occupé successivement les postes de chirurgien en chef à l'hospice d'Ivry, à la Maison Dubois, à la Pitié, à l'hôpital Bichat.

Actuellement chirurgien en chef à l'hôpital Lariboisière.

Ancien secrétaire général des Congrès français de chirurgie et membre du comité permanent.

Membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, 1892.

Chirurgien en chef des Asiles d'aliénés de la Seine, 1898, et chirurgien en chef du Pavillon de chirurgie à l'Asile Sainte-Anne, 1901.

Membre de la Société médico-psychologique, de la Société de psychiatrie, de la Société clinique de médecine mentale, de la Société d'obstétrique, de la Société de médecine légale.

Chargé du cours de clinique annexe à l'hôpital Lariboisière depuis 1909.

Candidat à l'Académie de médecine (classé en 1912) dans la section de médecine opératoire et de pathologie chirurgicale.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES[1]

Encéphale (Lésions traumatiques.)

Presque tous nos travaux relatifs aux traumatismes craniens sont compris dans la série des travaux du Pavillon de chirurgie indiquée plus loin sous la rubrique : Contribution à la prophylaxie des psychoses traumatiques.

1. Sur un cas de fracture de la voûte du crâne. Trépanation. *Progrès médical*, 1885.
2. De la trépanation dans l'épilepsie. *Société de chirurgie*, 1898.
3. Enfoncement d'une esquille dans les centres moteurs à travers le sinus longitudinal. Rapport, *Société de chirurgie*, 1902.
4. Fracture du crâne par coup de feu (observation Toubert). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1901.
5. Sur un cas d'épilepsie Jacksonienne (observation Fontoynont). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1902.

Lésions infectieuses.

6. Abcès intra-cérébral. Trépanation. Guérison. *Congrès de Chirurgie*, 1891.
7. Abcès intra-cérébraux. Discussion à la *Société de Chirurgie*, 1898.
8. Abcès du cervelet (observation Gaudier). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1898.

Divers.

9. Anatomie pathologique, Diagnostic et traitement de l'encéphalocèle. Rapport de M. Berger, *Société de Chirurgie*, 1890.
10. Anévrysme cirsoïde de la région pariétale gauche. Ablation. Guérison (observation Véron), *Société de Chirurgie*, 1901.
11. Anévrysme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux. *Société de Chirurgie*, 1904.

1. Pour ne pas allonger cette notice, je n'ai analysé que les travaux relatifs à la chirurgie des aliénés.

Rachis.

12. Spina bifida de a région lombo-sacrée. *Société de Chirurgie*, 1890. Rapport de M. Berger.
13. Spina bifida lombaire. *Société de Chirurgie*, 1893.
14. Cure d'un spina bifida. Autoplastie par glissement (cas de Delbet). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1902.

Divers.

15. Fracture du rachis suivie de monoplégie du membre inférieur, Picqué et Dide. *Société de Chirurgie*, 1900.
16. Fibro-lipome périostique de la nuque. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1905.
17. Scalp chez une jeune fille (observation Painevin). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1912.

Affections des yeux.

18. Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil. *Concours d'agrégation*, 1886.
19. Anatomie pathologique et pathogénie des névrites optiques. *Arch. opht.*, 1885.
20. Pathogénie du glaucome. Étude critique et expérimentale. *Arch. opht.*, 1888.
21. Des mouvements de la pupille. Etude expérimentale. *Arch. opht.*, 1889.
22. Exopthalmie pulsatile consécutive à une fracture du crâne. *Société de Chirurgie*, 1893.

Oreille.

23. Des abcès cérébraux d'origine otique, Picqué et Février. *Ann. Laryng.*, 1892.
24. Abcès intra-cérébral d'origine otique (observation Mignon). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1894.
25. Suppuration otitique de la loge cérébelleuse, en collaboration avec Mauclaire. *Congrès de Chirurgie*, 1898.
26. Sur un cas d'otite moyenne compliquée de phlébite du sinus latéral (observation Touhert). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1901.
27. Ostéite circonscrite consécutive à une otite (observation Toubert). Rapport *Société de Chirurgie*, 1901.
28. Suppuration de la parotide d'origine otique (observation de mon service). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1903.
29. Des complications parotidiennes des otites. *Société de Chirurgie*, 1903.
30. De la meilleure voie d'accès vers les cavités annexes des fosses nasales pour le traitement de leurs suppurations rebelles et étendues, en collaboration avec Tonbert, professeur agrégé du Val-de-Grâce. *Chirurgie des aliénés*, 3e vol. 1903.
31. De l'intervention immédiate dans les coups de feu de l'oreille. Rapport, *Société de Chirurgie*, 1907.

Face, Cou.

32. La grenouillette devant la *Société de Chirurgie*. *Revue critique, Gazette médicale*, 1881.
33. Note sur un cas d'abcès perilaryngé simulant un kyste. *Gazette médicale*, 1882.
34. Goitre traité par la thyroïdectomie sous-capsulaire, *Annales des maladies du larynx*, 1889.
35. Polype naso-pharyngien, Extirpation par la voûte palatine. *Société de Chirurgie*, 1893.
36. Traitement des polypes naso-pharyngiens. *Société de Chirurgie*, 1894.
37. Observation de polypes naso-pharyngiens. *Société de Chirurgie*, 1895.
38. Kyste dermoïde du plancher de la bouche, *Société de Chirurgie*, 1895.
39. Thymus volumineux ayant entraîné la mort après la chloroformisation (observation Estor). *Société de Chirurgie*, 1895.
40. A propos des polypes naso-pharyngiens, *Société de Chirurgie*, 1898.
41. Fracture bilatérale du maxillaire traitée par la suture (observation Loison). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1898.
42. Kyste thyroïdien, présentation de malade. *Société de Chirurgie*, 1899.
43. Kyste congénital du cou (obs. Isambert). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1900.
44. Fraction de l'atlas. Luxation de l'axis (obs. Billot). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1900.
45. Plaie transversale du cou chez un aliéné. Section du larynx (obs. Ménard). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1900.
46. Des parotidites et de la parotidite post-opératoire en particulier. *Société de Chirurgie*, 1907.

Poitrine.

47. Dictionnaire de Dechambre. Article poitrine.
48. Note sur un cas de pleurésie purulente consécutive à une opération de cancer du sein. *Société Anatomique*, 1883.
49. Cancer du sein. Récidive dans le frontal. *Gazette Médicale*, 1883.
50. Étude sur le thorax en entonnoir. En collaboration avec M. Colombani. *Revue d'Orthopédie*, 1900.
51. Plaie pénétrante du ventricule gauche par balle de revolver. Incision du péricarde. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1905.
52. Sur les plaies de poitrine et de leur traitement (obs. Baudet). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1911.

Tube digestif et annexes.

53. Note sur un cas de cancer colloïde de l'S iliaque. *Société Anatomique*, 1883.
54. Note sur un cas de cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. *Société Anatomique*. 1883.

55. Note sur un cas de rupture de la rate. *Société Anatomique*, 1883.
56. Note sur un cas intéressant d'anus contre nature. *Société Anatomique*, 1883.
57. Lithiase biliaire. Cholécystotomie. *Congrès de Chirurgie*, 1891.
58. Gastrostomie chez un enfant de quatre ans et demi. Rapport, *Société de Chirurgie*, 1894.
59. Sur un cas de kyste hydatique profond (obs. Brault). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1894.
60. Indications de la gastrostomie (obs. Villar). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1894.
61. Du frémissement dans le kyste hydatique du foie (obs. Rollet). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1896.
62. Sur la technique de la gastro-entérostomose (obs. Souligoux). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1896.
63. A propos des abcès du foie. *Société de Chirurgie*, 1898.
64. A propos des abcès sous-phréniques. *Société de Chirurgie*, 1897.
65. Traitement des perforations intestinales typhiques (obs. Dubujadoux). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1898.
66. Sur la diverticulite, avec la collaboration de M. Guillemot. *Bulletin Médical*, 1899.
67. Perforation de l'estomac par une aiguille. Laparotomie. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1900.
68. De la greffe hydatique obtenue par l'inoculation du Scolex (obs. Devé). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1902.
69. Présentation de greffes hydatiques.
70. Œsophagotomie externe pour l'extraction d'une pièce de prothèse dentaire. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1903.
71. A propos de quelques faits de chirurgie hépatique observés dans les asiles. *Chirurgie des aliénés*, 3e volume, 1903.
72. Thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure avec gangrène de l'intestin grêle. En collaboration avec Grégoire. *Société de Chirurgie*, 1902.
73. Extirpation d'un cancer du rectum. Présentation du malade. *Société de Chirurgie*, 1904.

Appendicite.

74. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite. Avec la collaboration de O. Macé. *Revue de Gynécologie*, 1898.
75. Traitement de l'appendicite. *Société de Chirurgie*, 1899
76. Appendicite gangréneuse. Opération. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1903.
77. Appendicite étranglée et sphacélée dans un sac de hernie crurale. Résection. Guérison (obs. Barnsby). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1908.
78. Abcès rétro-vésical d'origine appendiculaire (obs. R. Picqué). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1907.
79. Rapport du traumatisme et de l'appendicite au point de vue pathogénique et médico-légal. (Étude de Jeanbrau et Anglade). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1907.
80. De l'appendicite traumatique. *Société de Médecine légale*, 1907.

81. Sur un cas d'appendicite traumatique (obs. Abadie). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1910.
82. De l'appendicite traumatique. *Société de Chirurgie*, 1910.
83. De l'éventration consécutive aux opérations pratiquées dans l'appendicite à chaud. Pathogénie et prophylaxie, *Société de Chirurgie*, 1912.

Traumatismes.

84. Plaie pénétrante de l'abdomen (obs. Estor). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1895.
85. Tentative de suicide chez un aliéné. Autolaparatomie. Arrachement de l'épiploon. *Société de Chirurgie*, 1898.
86. Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu (obs. Piétri). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1908.
87. Traitement des plaies de l'abdomen par coup de couteau. Deux cas avec considérations cliniques. *Société de Médecine militaire*, 1911.

Divers.

88. Note sur deux cas d'abcès de la fosse iliaque d'origine ganglionnaire. *Gazette Médicale*, 1883.
89. Note pour servir à l'histoire de la péritonite tuberculeuse (obs. Crillard). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1895.
90. Sur un cas de péritonite à pneumocoque (obs. Brault). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1894.
91. Cure radicale des hémorroïdes. *Société de Chirurgie*, 1896.
92. Indications opératoires et traitement des hémorroïdes. *Semaine Médicale*, 1898.
93. Des éventrations post-opératoires. *Chirurgie des Aliénés*, tome 5.
94. De la méthode de Thiersh dans le traitement du prolapsus rectal (obs. Lenormant), Rapport, *Société de Chirurgie*, 1906.
95. A propos du traitement du prolapsus rectal, résultats éloignés, *Société de Chirurgie*, 1912.

Hernies.

96. Hernies en général et en particulier. *Encyclopédie Internationale de Chirurgie*.
97. Sur un cas de hernie ombilicale étranglée. *Gazette Médicale*, 1887.
98. Sur un cas de hernie obturatrice. *Société de Chirurgie*, 1888.
99. Cure radicale d'une volumineuse hernie inguinale. *Société de Chirurgie*, 1888.
100. De la hernie obturatrice. Anatomie normale et étude clinique avec la collaboration de M. Poirier. *Revue de Chirurgie*, 1891.
101. Sur un cas de péritonite herniaire. Rapport, *Société de Chirurgie*, 1893.
102. Hydrocèle péritonéo-vaginale (obs. Brault). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1894.
103. Hernie inguinale (obs. Gilis). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1897.

Voies génito-urinaires de l'homme.

104. Sur un cas de périnéphrite suppurée. *Société anatomique*, 1883.
105. Cancer du rein : considérations cliniques. *Société anatomique*, 1888.
106. Sur un cas de néphropexie. Présentation du malade. Rapport de M. Segond à la *Société de Chirurgie*, 1890.
107. Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose. Rapport de M. Segond, *Société de Chirurgie*, 1891.
108. Note sur la néphrectomie transpéritonéale dans un cas d'hydronéphrose volumineuse. *Société de Chirurgie*, 1893.
109. Hémophylie rénale. Taille hypogastrique. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1893. La malade est représentée en 1905.
110. Hématurie rénale sans substratum anatomique ; en collaboration avec Reblaud. *Congrès de Chirurgie*, 1895.
111. De l'anurie calculeuse. *Bulletin médical*, 1898.
112. Kyste hématique du rein. Néphrectomie d'urgence. *Société de Chirurgie*, 1898.
113. Epithelioma kystique du rein simulant une hydronéphrose. Néphrectomie (obs. Delagenière). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1899.
114. Sur un cas d'hydronéphrose (obs. Martin). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1899.
115. Néphrectomie lombaire. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1901.
116. Hydronéphrose par anomalie artérielle. *Société de Chirurgie*, 1904.
117. 5 calculs de l'uretère avec crises d'hydronéphrose intermittente. Incision de l'uretère. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1905.
118. Rupture traumatique du rein. Néphrectomie. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1907.
119. A propos de la technique de l'extirpation du rein cancéreux. (Procédé Grégoire). *Association du cancer*, 1911.
120. Sarcome du rein à cellules fusiformes. *Société de Chirurgie*, 1911.
121. Calcul du bassinet. Extirpation. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1911.
122. Calcul de l'uretère simulant une crise d'appendicite. Extirpation. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1911.

Vessie.

123. Adhérence péritonéale de la vessie à la symphyse après cystotomie (obs. Rollet). *Société de Chirurgie*, 1891.
124. Suture totale de la vessie après la taille hypogastrique. *Médecine Scientifique*, 1893.
125. Du traitement de l'infection vésicale par la taille hypogastrique. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898.
126. Rupture sous-péritonéale de la vessie. *Société de Chirurgie*, 1899.
127. Corps étrangers de la vessie (obs. Mougeot, Guillet, Rochard). Rapports, *Société de Chirurgie*, 1898-1900.

128. Rupture intra-péritonéale de la vessie. Laparotomie. Guérison (obs. Michon). Rapport. *Société de Chirurgie*, 1906.
129. Calculs de la vessie chez les enfants malgaches (obs. Fontoynont). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1902.

Malformations.

130. Fistule ombilico-vésicale congénitale. Extirpation. Guérison (obs. Estor). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1902.
131. Exstrophie de la vessie (obs. Estor). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1902.
132. Exstrophie acquise de la vessie par les voies naturelles. Communication, *Société de Chirurgie*, 1902.

Prostate.

133. Hypertrophie de la prostate. *Société anatomique*, 1883.
134. Sur un cas de calcul prostatique. *Progrès médical*, 1884.
135. Cystotomie suspubienne chez un prostatique infecté (obs. Maurange). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1895.
136. Sur la technique de la prostatectomie (obs. Paul Delbet). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1911.

Urètre.

137. Rupture de l'urètre ; en collaboration avec Quénu. Dictionnaire de Dechambre.
138. Sur un cas de fistules urinaires multiples. *Société anatomique*, 1885.
139. Traitement du varicocèle par la cautérisation. *Revue de Chirurgie*, 1885.
140. Tératome du testicule (obs. Chevassu père). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1898.
141. Sur un nouveau procédé de cure de l'hypospadias balanique (obs. Gaudier). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1904.
142. Epithélioma calcifié du scrotum. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1905.
143. A propos du varicocèle. *Société de médecine militaire*, 18 avril 1912.

Utérus et Annexes.

144. Intervention chirurgicale dans le cancer utérin. *Thèse de concours*, 1881.
145. De la ventrofixation ou hystéropexie. Rapport Pozzi à la *Société de Chirurgie*, 1889. *Bulletin thérapeutique*, 1889.
146. Tumeur solide du petit bassin. Laparotomie. *Société de Chirurgie*, 1892.
147. Tumeur fibreuse incluse en partie dans la cavité utérine et le vagin. Morcellement. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1893.
148. Opération césarienne suivie de succès pour la mère et pour l'enfant. *Société de Chirurgie*, 1893.
149. Métrite chronique. Traitement par le chlorure de zinc suivi d'oblitération du col (obs. Dayot). *Société de Chirurgie*, 1893.

150. Contribution à l'étude des lésions de l'utérus et des annexes (obs. et réflexions). Monographie en collaboration avec Charrier. Steinheil, Editeur, 1893.
151. Sur le prolapsus utérin. *Société de Chirurgie*, 1894.
152. Grosseur extrapéritonéale (obs. Rochard). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1894.
153. Tumeur solide de l'ovaire. *Semaine gynécologique*, 1896.
154. 3 cas de grossesse extra-utérine (obs. Potherat). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1896.
155. 3 cas de cancer utérin (obs. Mauclaire). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1898.
156. Considérations sur le traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale. En collaboration avec Mauclaire. *Annales de gynécologie*, mai 1899.
157. Grossesse compliquée d'un hématosalpinx. Intervention. Continuation de la grossesse. *Société de Chirurgie*, 1900.
158. Grossesse extra-utérine au début. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1901.
159. Grossesse extra-utérine sous-péritonéo-pelvienne. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1901.
160. Kyste dermoïde de l'ovaire. Crises de catalepsie. Guérison opératoire et mentale. *Société de Chirurgie*, 1901.
161. De l'intervention chirurgicale dans la septicémie puerpuérale. *Bulletin Médical*, 1901.
162. Sur le traitement de l'infection puerpuérale par l'hystérectomie abdominale. Première communication, *Société Obstétricale*, 1901. Deuxième communication. *Société de Chirurgie*, 1901.
163. Sur une variété rare de fibrome utérin simulant une môle hydatiforme. Hystérectomie. Guérison. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1901.
164. Grossesse extra-utérine. Statistique personnelle. *Congrès de Chirurgie*, 1902.
165. A propos de l'ablation du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale. *Chirurgie des Aliénés*, 1903, tome 3.
166. Grossesse extra-utérine (obs. Chevalier). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1903.
167. Rupture de l'utérus *post abortum*. Hystérectomie. Guérison. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1904.
168. Étude sur le duodénome malin; avec la collaboration de M. Durante. *Gynécologie*. 1905.
169. Gangrène et perforation utérine (obs. Lapointe). *Société de Chirurgie*, 1906.
170. Plaie de l'intestin et de l'utérus gravide par balle de revolver (obs. Baudet). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1907.
171. Sur deux cas de pyométrie chez les femmes âgées. *Société d'Obstétrique*, 1909.

Vagin et Périnée.

172. Maladies chirurgicales des organes génitaux externes de la femme. *Encyclopédie de Chirurgie.*
173. De la périnéorraphie par la méthode à lambeau. *Annales des maladies génito-urinaires*, 1881.

174. De la périnéorraphie. *Gazette des Hôpitaux*, 1887.
175. Absence de vagin. Opération autoplastique. *Annales de Gynécologie*, 1893.
176. Absence de vagin (obs. Villar). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1891.
177. Fistule urétérale après hystérectomie vaginale. Néphrectomie. Guérison. *Société de Chirurgie*, 1895.
178. Kyste du vagin d'origine Woolfienne. *Société de Chirurgie*, 1898.
179. Absence de vagin. Hématométrie et hématosalpinx. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1904.

Chirurgie des membres.

180. De l'ossification des os longs. *Société de Biologie*, 1892.

Vaisseaux et parties molles.

181. Sur un cas de kyste hydatique du triceps huméral. *Gazette des Hôpitaux*, 1880.
182. Anévrisme de l'artère fémorale au pli de l'aine. Ligature de l'artère iliaque externe. Guérison. *Congrès de Chirurgie*, 1888.
183. Fibromyome occupant la gaine des vaisseaux fémoraux. Guérison. Présentation de la pièce. *Société de Chirurgie*, 1904.
184. Dilatation ampullaire de la saphène au niveau de son embouchure avec la veine fémorale. Résection. Présentation de la pièce. *Société de Chirurgie*, 1900.
185. Fibrosarcome du mollet. Présentation de la pièce. *Société de Chirurgie*, 1900.

Membre supérieur. Os et articulations.

186. Réflexions cliniques sur les fractures de la clavicule. *Gazette Médicale*, 1885.
187. Luxation irréductible du coude et de l'épaule (obs. Civel). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1894.
188. De la scapulectomie avec conservation du membre supérieur dans les tumeurs malignes de cet os. *Revue de Chirurgie*, 1900.
189. Sur un cas de scapulectomie (obs. Estor). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1904.
190. Fracture oblique de l'humérus au niveau des tubérosités. Réduction sanglante. (Obs. Gaudier). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1904.
191. Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus par coup de feu. Résection diaphysaire (obs. Studer et Radouan). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1901.
192. Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. Présentation de malades (obs. personnelles. Observations de Mauclaire, Lardennois et de Fourmestraux). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1905 et 1906.
193. Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. *Société de Médecine militaire*, 1910.

Membre inférieur.

194. Article tumeur blanche. (Dictionnaire Dechambre).
195. Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations. Avec la collaboration de Mauclaire. 1 volume, chez Doin, 1895.
196. Fracture par arrachement de l'extrémité supérieure du tibia. *Société Anatomique*, 1883.
197. Ostéomyélite du tibia, *Société Anatomique*, 1883.
198. Fracture du péroné. Cirrhose du foie. *Congrès de Rouen*, 1883.
199. Réflexions sur les fractures de la rotule. *Gazette Médicale*, 1883.
200. Sur un cas d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. *Société Anatomique*, 1883.
201. Résection de la hanche. Indications dans la coxo-tuberculose. *Revue d'Orthopédie*, 1890.
202. Indications de la suture de la rotule dans les fractures récentes. Rapport de Nélaton. *Société de Chirurgie*, 1891.
203. Note sur un cas d'arthrite purulente à pneumocoque; en collaboration avec M. Veillon. *Archives expérimentales de Médecine*, 1891.
204. Sur un cas d'extirpation du calcanéum. Rapport de Kirmisson. *Société de Chirurgie*, 1891.
205. Arthrotomie du genou et arthrectomie incomplète. *Société de Chirurgie*, 1891.
206. Astragalectomie pour paralysie infantile. Indications et technique, Rapport Nelaton. *Société de Chirurgie*, 1891.
207. Résection du pubis pour ostéosarcome de l'os iliaque. *Société de Chirurgie*, 1894.
208. Arthrite suppurée de la hanche (obs. Sieur). Rapport, *Société de Chirurgie*. 1898.
209. Fracture du fémur avec interposition fibreuse (obs. de Bovis). Rapport. *Société de Chirurgie*, 1898.
210. A propos de fractures de Dupuytren et des luxations du pied en arrière. *Société de Chirurgie*, 1898.
211. Chondrome du pied à point de départ osseux. Pièces. *Société de Chirurgie*, 1900.
212. Note sur un cas de hallus valgus. *Société de Chirurgie*, 1902.
213. A propos de la coxa vara traumatique de l'enfance traitée par l'ostéotomie (obs. Gaudier). Rapport. *Société de Chirurgie*, 1904.
214. Fracture ancienne de la rotule; résultat fonctionnel. *Société de Chirurgie*, 1904.
215. Hémarthrose du genou et corps étranger articulaire (obs. Isambert). Rapport. *Société de Chirurgie*, 1905.
216. Déviation angulaire du tibia consécutive à une fracture. Pièces. *Société de Chirurgie*, 1905.

Divers.

217. Sur quelques cas de fractures. Étiologie et anatomie pathologique. *Gazette médicale*, 1885.

218. Sur un cas de rhumatisme infectieux au cours d'une dysenterie (obs. Brault). Rapport. *Société de Chirurgie*, 1894.
219. Sur 3 cas de fracture spontanée chez les aliénés. En collaboration avec Auguste Marie, de Villejuif. *Chirurgie des aliénés*, 1904.
220. Ostéome de la cuisse. Présentation de pièces. *Société de Chirurgie*, 1903.

Généralités.

221. De la non-intervention primitive dans les plaies par balles de revolver. *Gazette médicale*, 1880.
222. Amyotrophies en chirurgie. *Gazette médicale*, 1880.
223. La réunion immédiate devant la *Société de Chirurgie*. *Gazette médicale*, 1881.
224. Du transport des blessés en temps de guerre. Compte rendu d'une mission officielle. *Revue d'hygiène*, 1881.
225. Sur un cas d'infection purulente guérie. *Progrès médical*, 1884.
226. Syphilis et traumatisme. *Gazette médicale*, 1884.
227. Sur un cas de gangrène foudroyante chez un hépatique. *Société anatomique*, 1883.
228. Contusion du globe de l'œil chez un hépatique, mort. *Gazette médicale*, 1884.
229. De l'emploi du sublimé en chirurgie. *Bull. thérap.*, 1885.
230. Tétanos guéri par les injections sous-cutanées de sérum. *Société de Chirurgie*. 1899.
231. De l'asepsie. *Société de Chirurgie*, 1900.
232. Statistique opératoire d'un hôpital algérien (Dr Brousse). Rapport, *Société de Chirurgie*, 1900.
233. Sur la stérilisation du catgut. *Société de Chirurgie*, 1902.
234. De l'anesthésie par le chloroforme. *Société de Chirurgie*, 1902.
235. Sur 2 cas de botryomycose (obs. de mon service). *Société de Chirurgie*, 1903.
236. Remarques sur le decubitus acutus post-opératoire. Rapport à la *Société de Chirurgie*, 1904, et *Chirurgie des aliénés*, 1900.
237. Pathogénie et traitement du delirium tremens. *Société de Chirurgie*, 1905.
238. Chloroforme et psychopathies. *Société de Chirurgie*, 1906.
239. De l'inconvénient de l'alitement chez les opérés. *Société de Chirurgie*, 1908.
240. De l'inutilité des opérations simulées. *Société de Chirurgie*, 1908.
241. De l'état antérieur dans les accidents du travail. *Société de médecine légale*, 1910.
242. Note sur 2 cas d'ulcère de Vincent. *Société de Chirurgie*, 1911.
243. Leçon d'ouverture du cours des Stagiaires; De l'utilité des études théoriques en médecine. *Tribune medicale*, 1911.

TRAVAUX SUR LA CHIRURGIE DES ALIÉNÉS
DE 1892 A 1911

TRAVAUX PERSONNELS

Considérations générales sur la chirurgie des aliénés : But pratique et scientifique.

La chirurgie des aliénés s'applique à une catégorie très spéciale mais très étendue de malades. Son domaine doit, en effet, comprendre tous les psychopathes internés ou non, et c'est ainsi qu'elle intéresse à la fois le chirurgien général et le chirurgien d'asile. Elle représente un art et une science.

Sous le premier rapport, elle est comparable à la chirurgie des enfants qui est depuis longtemps l'objet d'un enseignement officiel. Le jeune âge crée en effet au chirurgien des difficultés cliniques particulières qui commandent des méthodes spéciales d'examen.

Chez les psychopathes, l'état mental crée également des difficultés cliniques et opératoires dont on ne peut triompher que par une éducation toute spéciale.

D'ailleurs, chez les aliénés comme chez les enfants, on rencontre un groupement de maladies spéciales qu'on ne voit guère à l'hôpital, au moins avec cette fréquence. Ce sont les corps étrangers, les prolapsus de l'intestin et spécialement du rectum, les suppurations péri-intestinales, les luxations récidivantes de l'épaule, les fractures spontanées, les malforma-

tions des membres, etc..., affections sur lesquelles mes élèves ont écrit une série de travaux insérés dans mon recueil annuel.

Envisagée au point de vue clinique, la chirurgie des aliénés et des psychopathes présente un intérêt véritable. Chez ces malades, en effet, tous les syndromes fonctionnels des affections chirurgicales sont déformés, parfois ils manquent complètement.

Aussi le chirurgien d'asile doit-il s'appliquer tout particulièrement à l'étude de la symptomatologie fonctionnelle.

Très négligée aujourd'hui en clinique générale, celle-ci domine toute la clinique des psychopathes et son étude exige des connaissances spéciales en psychiatrie.

Combien d'affections méconnues et qu'il faut dépister par des procédés spéciaux chez des malades à sensibilité diminuée, comme les paralytiques généraux ou simplement réticents, au cours de troubles mentaux divers, sous peine de laisser passer le moment opportun pour intervenir.

D'autre part, combien ne faut-il pas tenir compte de certains états mentaux (comme l'hystérie et l'hypocondrie) grâce auxquels les malades exagèrent les symptômes d'une affection légère ou les inventent même, exposant ainsi le chirurgien à intervenir inutilement.

Une affection chirurgicale est nettement reconnue chez un psychopathe. Il convient de l'opérer sans aggravation de l'état mental préexistant.

Il est une opinion erronée mais très répandue chez le médecin que toute affection chirurgicale chez l'aliéné appelle une intervention sanglante qu'il convient de pratiquer, sans tenir compte de l'état mental du sujet.

L'étude des psychoses post-opératoires prouve suffisamment qu'on ne touche pas impunément aux psychopathes.

L'état cérébral du sujet peut en effet comme tout état viscéral donner lieu, sauf en cas d'urgence, à des contre-indications opératoires.

L'étude de celles-ci constitue un important chapitre de la chirurgie des aliénés.

L'intervention est décidée.

1° La question de l'anesthésie doit tenir la première place dans les préoccupations du chirurgien.

2° Les opérations simulées doivent également être envisagées.

3° Quant au choix du traitement, il soulève de nombreux et délicats problèmes. Celui-ci doit varier pour une même affection selon la forme mentale. Tantôt le chirurgien doit recourir aux divers procédés de la méthode conservatrice, tantôt au contraire à la méthode sanglante. Enfin la technique opératoire, si le chirurgien s'est décidé à l'opération, doit varier de même selon la forme mentale.

4° Enfin il faut connaître les soins consécutifs tout à fait spéciaux qu'il convient de donner à ces malades.

Par l'exposé qui précède, on voit que la chirurgie des aliénés intéresse tout spécialement le chirurgien.

Son étude le met à même d'éviter des erreurs de diagnostic chez les psychopathes à symptomatologie fonctionnelle amplifiée ou d'intervenir en temps utile chez des malades dont l'état mental annihile toute symptomatologie.

Elle lui permet en outre de connaître les contre-indications opératoires tirées de l'état mental du malade et par conséquent de limiter le nombre des psychoses post-opératoires.

Une fois l'intervention décidée, elle guide encore le chirurgien dans le choix de la méthode et du procédé, et l'éclaire sur les soins consécutifs qui conviennent à chaque malade.

On voit d'après ce qui précède que, par les multiples questions qu'elle soulève au point de vue pratique, elle exige de celui qui veut s'y adonner une éducation toute spéciale et qu'ainsi elle mérite de devenir à notre époque une branche intéressante de la chirurgie au même titre que la chirurgie des enfants.

En dehors de ses applications pratiques, la chirurgie des aliénés mérite encore une place parmi les sciences médicales.

Les études de pathogénie y tiennent une place importante, pathogénie des psychoses post-opératoires, des psychoses puerpérales, des psychoses traumatiques, genèse périphérique des psychoses (étude du rôle de l'utérus, de l'intestin, de l'appendice et des viscères, en général, dans la production du délire).

Ces études sont comprises dans une série de chapitres dont on verra les titres correspondants dans l'exposé qui va suivre.

Mes études personnelles représentent, depuis l'année 1898, 88 mémoires, études générales, leçons, rapports et notes.

Dans la même période mes élèves et collaborateurs ont publié, sur la chirurgie des aliénés proprement dite, 20 travaux dont 12 thèses de doctorat.

Les travaux du Pavillon de chirurgie comprennent encore 65 mémoires, dont 3 thèses de doctorat, publiés par mes élèves et par moi-même sur des sujets divers de chirurgie générale intéressant spécialement les aliénés.

Nota. — Ces travaux sont contenus dans 8 volumes de 500 pages. Le 9e est sous presse.

ETUDES GÉNÉRALES

Ce chapitre contient une série d'études dont quelques-unes médico-légales et qui m'ont paru nécessaires à l'époque où le service chirurgical créé en 1901 à l'asile Sainte-Anne m'a été confié.

1. — Lucien Picqué. **Rapports annuels à M. le Préfet de la Seine, de 1892 à 1911. Sur le Service du Pavillon de Chirurgie de Sainte-Anne.**

Les premiers cas que j'ai eu l'occasion d'observer remontent à plus de vingt-cinq ans. Le premier date de l'année 1884. Dès l'année 1891 je les ai signalés dans un rapport au Préfet de la Seine (Recueil de travaux, 1er volume). Ils ont trait à des états mélancoliques persistants qui guérirent à la suite de l'intervention.

J'ai communiqué ces observations à la Société de chirurgie le 1er mars 1898. Elles sont au nombre de 5.

1° Dans un cas il s'agissait d'une malade qui était venue à l'hôpital avec des accidents d'étranglement herniaire. L'opération avait été pratiquée de suite : malheureusement l'intestin était sphacélé et un anus contre nature fut établi. Peu de temps après, cette malade était prise d'un accès de mélancolie anxieuse avec tendance au suicide. Envoyée à Sainte-Anne, puis de là à Ville-Évrard, où je la retrouvai dans le service de mon collègue et ami le Dr Febvre. L'écoulement des matières était très abondant et cette pauvre femme accusait par moment un véritable désespoir et parlait constamment de ses projets de suicide. Je priai mon

collègue des hôpitaux, Chaput, de venir la voir et de tenter une opération. Après une première tentative infructueuse, il réussit à la guérir définitivement. Dès ce jour son état moral s'améliora rapidement et elle put au bout de quelques semaines quitter l'asile *complètement guérie*.

Nota. — Il s'agissait d'une névropathe avec antécédents héréditaires.

2° J'ai cité à la Société de chirurgie l'histoire d'un malade chez lequel une cystotomie sus-pubienne avait produit un état semblable qui l'avait amené à Ville-Évrard dans le service de M. Marandon. La guérison de la fistule amena le même résultat que précédemment et le malade put quitter l'asile *complètement guéri*.

3° J'ai eu l'occasion d'observer à l'asile de Vaucluse un pauvre homme qui avait subi, dans un grand hôpital de Paris, une résection de l'épaule, probablement pour une scapulalgie tuberculeuse : il persistait en effet, plusieurs mois après l'opération, des trajets fistuleux qui fournissaient une quantité notable de pus et dont l'existence était pour le malade la cause d'un réel chagrin. Mais, de plus, cet homme présentait une double cataracte qui le privait absolument de toute vie sociale. Il était tombé dans un état de mélancolie anxieuse qui l'avait conduit à l'asile.

Sur ses instances pressantes, je l'opérai.

L'état mélancolique prit fin ; le malade quitta l'asile guéri.

2. — De l'assistance chirurgicale des aliénés dans les asiles publics du département de la Seine.

(*Revue philanthropique*, 10 décembre 1899.)

Dans cette étude je me propose de faire connaître l'assistance chirurgicale des aliénés ainsi que l'organisation du service de chirurgie dans les asiles.

Ce travail comprend trois chapitres :

Dans le premier chapitre j'étudie l'historique de la question. Celui-ci comprend deux périodes.

La première correspond aux obstacles divers qui se sont opposés long-

temps à l'assistance chirurgicale des aliénés (obstacle sentimental, légal et administratif).

La deuxième commence en 1865 au moment où la chirurgie des aliénés entre dans une phase scientifique ; c'est la période des obstacles scientifiques.

1° Les psychoses post-opératoires dont j'ai étudié la vraie nature en 1898 à la Société de chirurgie sont constamment opposées aux progrès de la chirurgie des aliénés.

2° Les tendances de certaines écoles qui offrent systématiquement le bistouri à toutes les formes de la folie, sans tenir compte des acquisitions contemporaines de la psychiatrie, compromettent également son essor.

Dans le deuxième chapitre je montre les principes humanitaires de la chirurgie actuelle des aliénés, j'étudie le rôle du chirurgien d'asile, l'action de l'intervention chirurgicale sur certaines formes d'aliénation, les conditions légales de cette intervention.

Dans un troisième chapitre j'étudie l'organisation actuelle de la chirurgie des aliénés et je m'applique à montrer que la création d'un pavillon de chirurgie à Sainte-Anne est le stade le plus caractéristique de la transformation scientifique des asiles d'aliénés.

3. — De l'intervention chirurgicale chez les aliénés envisagée au point de vue légal.

(*Bulletin Médical*, 16 novembre 1899.)

Étude médico-légale concernant l'intervention chirurgicale chez les aliénés. La question des conditions dans lesquelles on peut intervenir chez des sujets qui ne sont pas *compos sui* est primordiale. Je l'ai étudiée, en 1899, à l'époque où l'assistance chirurgicale des aliénés était à l'étude devant l'administration préfectorale et le Conseil général de la Seine.

4. — La Chirurgie des aliénés envisagée au point de vue légal et administratif. Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée.

(2e Section, 1900.)

J'ai repris cette question au Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée en 1900.

5. — Rôle du chirurgien dans les asiles d'aliénés. Congrès international de Médecine.

(Section de Psychiatrie, Paris, 1900.)

Dans cette communication j'étudie le rôle du chirurgien près des aliénés et des médecins aliénistes.

Je rappelle que je suis resté de parti pris éloigné de tout système et que je me suis placé exclusivement sur le terrain humanitaire allant à la recherche des indications chirurgicales.

L'aliéné n'est plus aujourd'hui un déchet social et doit bénéficier des ressources de la chirurgie quand une maladie intercurrente vient compromettre son existence. J'envisage successivement toutes les opérations qui, en dehors des cas urgents, méritent d'être pratiquées chez les aliénés.

6. — A propos de l'intervention chirurgicale chez les aliénés.

(*Progrès médical*, 1902.)

J'analyse, dans cette étude, le discours que M. Maxwell, avocat général, a prononcé à la séance de rentrée de la Cour d'appel de Bordeaux : « Quelques cas de conscience en médecine », et dans lequel il m'a fait l'honneur de discuter mes opinions sur les conditions de l'intervention chez l'aliéné. Il pense, comme moi, « qu'il y aurait avantage à assurer par un texte précis la protection de l'aliéné ».

7. — De l'intervention chirurgicale chez les aliénés.

(*Bulletin de la Société de médecine légale.*—Rapport lu à la séance du 12 mai 1902.)

Déjà *j'ai présenté cette question à la Société de médecine légale* en 1898. Une commission fut nommée dont Lefuel, conseiller à la Cour d'appel, fut rapporteur : celui-ci conclut dans le sens d'une modification de la loi de 1838.

En 1902, une commission du fœticide fut nommée : elle était composée de MM. Constant, Demange, Jacomy, Lutaud, Maygrier, Picqué, Rocher et Vibert.

La question des aliénés y fut rattachée et je fus chargé de faire un rapport.

J'y ai tout d'abord combattu les idées émises à la conférence des avocats par M. Sauvard qui reconnaissait au médecin tous les droits.

Je montre dans une 2e partie que la législation actuelle compromet par ses lacunes les intérêts des malades. Je cite à l'appui de nombreux faits de ma pratique.

Je rappelle enfin les conclusions du rapport de M. Lefuel, l'opinion exprimée par M. Maxwell dans son discours et je demande une modification de la loi de 1838.

8. — Le Pavillon de chirurgie des asiles publics d'aliénés.

(*Archives de Neurologie*, janvier 1901.)

Dans cette note je décris l'installation du Pavillon de chirurgie à la suite d'une visite officielle de la commission de surveillance.

9. — Des rapports de la chirurgie et de la psychiatrie.

(*Revue de psychiatrie*, 1903.)

Dans cette étude je reconnais tout d'abord que la spécialisation est devenue à notre époque une condition indispensable du progrès scienti-

4

fique, mais j'estime également que le médecin, sans revenir aux pures spéculations de l'esprit dans l'orbe desquelles ses prédécesseurs se tenaient jadis d'une façon trop exclusive, doit conserver dans ses études et ses préoccupations la plus large place aux idées générales basées sur les récentes acquisitions fournies à la science par les praticiens de tout ordre.

Une longue pratique de la chirurgie chez l'aliéné m'a démontré l'intérêt et l'importance du rapprochement de deux sciences en apparence aussi éloignées que le sont la chirurgie et la psychiatrie.

Cette union est utile au point de vue pratique pour fixer les contre-indications opératoires au point de vue mental, mais l'union des deux sciences est encore féconde au point de vue scientifique.

J'ai pu en effet, au cours de ces dernières années, constater à quel point des doctrines enseignées par des hommes éminents pouvaient se trouver modifiées par la constatation d'un fait concret d'ordre chirurgical et j'ai pu voir également combien de doctrines chirurgicales étaient erronées pour n'avoir pas été contrôlées par des aliénistes.

Mais pour être réellement utile à la psychiatrie le chirurgien ne doit pas se borner à une chirurgie spécialisée par ses tendances scientifiques dans une voie plus ou moins étroite, il doit étendre son action à la chirurgie tout entière et pratiquer l'assistance chirurgicale de l'aliéné dans son acception la plus large.

Dans la 2e partie de ce travail, j'énumère les services que la psychiatrie a rendus à la chirurgie. Celle-ci en effet a permis de résoudre le délicat problème des psychoses post-opératoires et de la neurasthénie post-opératoire qu'on explique généralement par les troubles de l'hyposécrétion ovarienne, mais qui le plus souvent tiennent à des troubles psychopathiques (travail en collaboration avec Dagonet).

Elle permet en outre dans la pratique ordinaire de connaître les psychopathes et d'éviter chez eux des interventions susceptibles d'aggraver l'état antérieur (Thèse de mon interne Mallet).

Par contre, la chirurgie peut rendre à la psychiatrie de signalés services, en montrant les relations qui peuvent exister entre des maladies chirurgicales périphériques et le délire.

Dans ce travail nous indiquons déjà l'influence de l'infection sur une

catégorie bien précise de psychoses et nous en rapportons deux observations personnelles : mais, d'autre part, une série d'affections peuvent révéler chez certains prédisposés des préoccupations hypocondriaques qui sont susceptibles de disparaître à la suite de l'intervention. Je signale à la fin de ce travail un certain nombre d'observations intéressantes à ce point de vue.

10. — De l'intervention chirurgicale chez les aliénés devant la loi de 1838.

(*Société de médecine légale*, 1905.)

Dans cette communication qui fait suite à un rapport que j'ai présenté à la Société de médecine légale au nom de la Commission du fœticide, j'émets l'opinion qu'il convient d'envisager directement la question de l'intervention chez l'aliéné et ne pas se borner, avec quelques-uns, à l'envisager comme un cas particulier ou exceptionnel dans la question de l'intervention en général.

Il faut d'abord poser le principe de l'assistance chirurgicale chez l'aliéné.

Au point de vue purement social et humanitaire nous avons le droit et le devoir de l'assister.

Mais il y a plus à faire : nous devons savoir si oui ou non nous pouvons légalement assister les aliénés, et, dans l'affirmative, nous devons établir dans quelles conditions nous pouvons exercer ce droit.

Dans une première partie, j'expose les raisons cliniques qui obligent le chirurgien à intervenir et je m'appuie sur les nombreux faits de ma pratique.

Comment y arriver? Je montre que le texte de la loi est muet à ce point de vue, et que, légalement, il n'est pas possible de protéger l'aliéné dans sa santé.

Remontant à l'origine de la loi de 1838, j'ai rappelé que celle-ci avait été faite sous l'empire des circonstances, que des besoins pressants s'étaient imposés aux préoccupations de tous et qu'elle constituait surtout une loi de sécurité.

Or, depuis la commission mixte extra-parlementaire instituée en 1869, les divers projets de loi proposés pour le régime des aliénés ont tous accusé la tendance de faire de la loi nouvelle une loi d'assistance dont la base serait le traitement méthodique de l'aliénation mentale.

Le législateur doit dès lors rendre ce traitement applicable.

J'ai proposé en terminant les conclusions suivantes (résumé) :

1° Parmi les aliénés, il faut, au point de vue du traitement à instituer, faire une distinction entre les malades à intervalles lucides et les malades inconscients.

2° Le malade à intervalles lucides a légalement le droit de signer des actes : il doit avoir celui d'accepter ou de refuser une opération sans être soumis au préalable à l'avis plus ou moins intéressé des familles.

3° Pour les malades inconscients la loi est muette ; le médecin se trouve alors désarmé.

J'ai demandé dès lors que les attributions de l'administration provisoire soient étendues à tout ce qui intéresse la santé des malades.

11. — La chirurgie des aliénés.

(*Revue de psychiatrie*, décembre 1902.)

Revue générale dans laquelle j'ai exposé la question de la chirurgie des aliénés au point de vue légal, mais surtout au point de vue scientifique.

12. — De l'intervention chirurgicale chez les aliénés envisagée au point de vue légal.

(Rapport à la *Société de médecine légale*, janvier 1905.)

Nouveau rapport présenté à la Société de médecine légale au nom d'une commission composée de M. Lefuel, conseiller à la Cour, G. Rocher, Briand, Dupré, Constant et Picqué (1905).

Les conclusions proposées à la Société par la commission sont semblables à celles que j'avais présentées dans ma précédente communication.

Mais la Société refuse d'étendre, comme je l'avais proposé, les pouvoirs de l'administrateur, elle rejette de même le recours au tribunal des référés, selon le vœu de M. Lefuel.

Elle estime, d'autre part, que la Chambre du conseil du tribunal est tout indiquée pour, en cas de conflit avec les familles ou en leur absence, et sur un rapport d'expert, résoudre toutes les questions relatives à la santé et au traitement médico-chirurgical des aliénés.

13. — Du consentement préalable des malades en matière d'intervention.

(*Société d'obstétrique*, 1905.)

La question du consentement préalable des malades en matière d'intervention est une des plus délicates qui puisse se poser à l'attention du médecin. Elle met en conflit avec la pratique de notre art des doctrines philosophiques ou religieuses et elle oppose les droits et les devoirs du médecin à ceux des malades : à ce dernier point de vue, elle révèle sous une de ses faces le rôle social du médecin, en même temps qu'elle soulève la délicate question de la liberté individuelle.

Elle met encore au jour des questions d'École qui ont une importance dont on ne saurait méconnaître la portée puisqu'elles créent des courants d'opinion contre lesquels il est parfois nécessaire de réagir.

Je discute longuement cette question à propos d'un cas soumis à ses collègues par un membre de la Société d'obstétrique.

14. — Conférences faites au Pavillon de Chirurgie aux médecins aides-majors, élèves et stagiaires de la promotion 1904-1905.

1° Ce que doit être un service de chirurgie; 2° Délire traumatique et psychoses infectieuses; 3° États hypocondriaques et varicocèle; 4° Des traumatismes craniens dans leurs rapports avec l'aliénation mentale envisagés surtout au point de vue militaire.

J'ai été chargé par le Directeur de l'École d'application du Val de-Grâce

de faire, pendant l'hiver de 1905, 4 conférences aux élèves de l'École. Elles résument tous mes travaux sur la chirurgie des aliénés à cette époque, dans leurs applications à la médecine militaire.

15. — Ce que doit être à notre époque la chirurgie des aliénés.

(*Revue de psychiatrie*, 1907.)

Dans cette lettre je compare les tendances de l'École somatique américaine à celles du Pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne et j'oppose le résultat de ma pratique à celle du chirurgien américain.

16. — La chirurgie des aliénés, son objet, ses applications à la chirurgie générale, ses résultats.

(Discours prononcé à l'occasion du septième anniversaire de la fondation du service.)

Dans ce discours, prononcé à l'occasion du septième anniversaire de la fondation de mon service, j'expose ma doctrine relative à la chirurgie des aliénés.

17. — Rapports de la chirurgie et de la psychiatrie. Des origines extra-cérébrales de la folie.

(*Société de psychiatrie*, 27 avril 1911.)

Cette communication est basée sur l'observation de deux malades à manifestations douloureuses périphériques.

Chez la première que j'ai observée à l'hôpital l'origine des douleurs n'est établie qu'après deux opérations successives.

Cette malade a couru le risque d'être considérée comme cénestopathe, si on n'avait pu fixer le siège de la douleur, ou d'être internée, si elle avait présenté une prédisposition héréditaire comme la deuxième.

La deuxième malade fut en effet internée pour préoccupation hypo-

condriaque et tentative de suicide ! C'est l'autopsie qui nous mit en présence de lésions méconnues.

Ces deux faits m'ont paru fournir une contribution intéressante à l'étude des rapports de la psychiatrie et de la chirurgie.

Les chirurgiens ignorant tout ce qui concerne la psychiatrie attribuent trop fréquemment à des lésions périphériques des douleurs qui sont exclusivement cérébrales ; de leur côté, les psychiatres font parfois une part trop grande à l'hérédité, au détriment de l'élément périphérique.

Ces deux notions d'ailleurs (hérédité et périphérie) ne sont pas exclusives l'une de l'autre et je me suis appliqué à démontrer qu'elles peuvent se compléter dans bien des cas. A cet égard, je rappelle les concessions que les partisans mêmes de la doctrine de la dégénérescence héréditaire ont dû faire à l'élément périphérique.

Quoi qu'il en soit, les faits actuels montrent combien l'examen somatique est nécessaire et combien il est difficile.

Mais il faut reconnaître que la difficulté réside non seulement dans la recherche clinique, mais qu'elle dépend aussi des obstacles dus aux lacunes de la loi de 1838.

Il est donc à souhaiter que les doctrines ne viennent pas encore éloigner l'aliéniste de ces examens et j'insiste pour que celui-ci recherche aussi bien à la périphérie que dans le cerveau lui-même l'origine possible de la douleur et du délire.

Je rappelle en terminant les efforts que l'École clinique actuelle a faits pour ramener dans les cadres de la médecine générale un certain nombre de formes mentales, ainsi que les progrès qui ont été réalisés dans cette voie à l'étranger.

18. — Psychopathies et chirurgie.

(Doctrines et faits, 1er volume. — MASSON, éditeur.)

Cet ouvrage est la synthèse des études que j'ai commencées il y a plus de vingt-cinq ans sur les rapports des psychopathies avec la chirurgie.

Pour beaucoup d'aliénistes, le principe de la folie à lésions primitivement cérébrales est un dogme intangible.

Les uns admettent que les perfectionnements de la technique parviendront un jour à déceler des lésions non encore démontrées.

Les autres invoquent des anomalies fonctionnelles ou dynamiques dues à une structure spéciale de l'encéphale qu'ils attribuent à l'hérédité.

Ce premier volume est destiné à montrer que certaines formes de la folie peuvent avoir un point de départ extra-cérébral.

Dans une introduction historique j'établis que cette doctrine a été fondée par Galien, je suis celle-ci à travers les âges, je recherche enfin les voies qu'elle a suivies pour pénétrer en Occident, et les causes de son discrédit à la fin du XVIII[e] siècle.

J'étudie également ses bases philosophiques et ses rapports avec la psychologie physiologique inaugurée par Cabanis au commencement du XIX[e] siècle.

Plusieurs tentatives ont été faites au cours du dernier siècle en France et à l'étranger pour la réhabiliter.

J'indique les raisons pour lesquelles elles ont successivement échoué.

Il appartenait à la chirurgie seule de démontrer les relations entre le délire et certaines lésions périphériques et, par conséquent, de fixer l'origine extra-cérébrale du délire.

C'est ce que je me suis appliqué à démontrer dans mon service spécial de Sainte-Anne.

J'ai en outre fondé une méthode chirurgicale, qui permet d'éviter les écueils dans lesquels les opérateurs sont susceptibles de tomber.

Les résultats obtenus dans cette voie sont encourageants, ainsi que le prouvent les documents justificatifs placés en fin de volume et qui contiennent tous mes observations de guérison du délire par la chirurgie.

Mes travaux ont pour but de rendre à la psychiatrie une doctrine tombée dans un complet et injuste discrédit. Mais, en même temps, elle ouvre à la thérapeutique des maladies mentales une voie féconde que les aliénistes ont bien voulu reconnaître en mettant la question à l'ordre du jour de leur prochain congrès.

La chirurgie devient une branche de cette thérapeutique, et voilà pour le chirurgien un nouveau domaine à son activité.

Dans un deuxième volume, j'étudierai les applications de la psychiatrie à la chirurgie.

19. — Méthode chirurgicale et médecine mentale. (Académie de médecine, 1910.)

Pendant longtemps les ressources de la chirurgie étaient trop incertaines pour prêter à la doctrine des origines extra-cérébrales de la folie un concours efficace.

Aujourd'hui la chirurgie est appelée à jouer dans cette question un rôle dont on ne peut désormais méconnaître l'importance.

Mais il fallait constituer une méthode qui pût guider utilement le chirurgien et rendre ses résultats incontestables. Je l'ai désignée sous le nom de méthode chirurgicale et l'ai constituée à l'aide d'éléments divers empruntés aux autres branches des sciences médicales.

Les éléments de la méthode sont les suivants :

1° La connaissance du malade ; c'est une étude psychiatrique qui présente de réelles difficultés.

2° L'étude des rapports de la lésion avec la maladie mentale ; celle-ci constitue souvent un problème délicat de clinique et de physiologie pathologique.

3° L'emploi du procédé statistique qui permet d'établir les résultats sur des bases certaines.

4° Enfin le contrôle des résultats (coïncidence, retards, échecs, etc.) qui exige la connaissance de la pathologie générale, de l'anatomie pathologique et de la clinique.

Je montre dans cette étude que la pratique de la chirurgie devient une véritable expérience de laboratoire et j'indique comment « cette expérience » doit être conduite.

20. — Sur l'assistance chirurgicale des aliénés.

(Conférence faite à l'asile clinique devant la Société des architectes diplômés le 25 mars 1901.)

Dans cette conférence, j'ai montré aux membres de la Société des architectes diplômés quel est le mode de construction d une maison de santé privée (type du Pavillon de chirurgie Saint-Anne) et j'insiste sur les différences qui doivent exister dans la construction d'un hôpital proprement dit.

La conférence a été publiée dans le *Bulletin mensuel* de la Société des architectes diplômés, 1912, et la Société m'a délivré la médaille d'argent.

II

PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES

1. — Du délire psychique post-opératoire.

(*Société de Chirurgie*, 1898.)

Dès le début de mes recherches, j'ai pensé que l'étude des contre-indications opératoires devait chez les psychopathes précéder celles des indications opératoires.

Prévenir la psychose avant de chercher à la combattre, tel est selon moi le postulat sur lequel repose toute la chirurgie des psychopathes.

Les psychoses post-opératoires naissent de l'ignorance du chirurgien sur l'état mental des malades qu'il opère.

J'ai donc tenu à étudier longuement cette question en 1898 avant de poursuivre mes études sur la chirurgie des aliénés.

Je m'applique à démontrer que les travaux qui ont été faits dans cette voie depuis une quinzaine d'années étaient surtout faits dans le but d'arrêter l'essor de la chirurgie abdominale.

Les observations manquent en effet le plus souvent de rigueur scientifique, les mémoires semblent plutôt écrits par des psychologues que par des médecins et parfois dans un esprit de justice et de sincérité contestable.

Certains d'entre eux sont de véritables plaidoyers contre l'extension croissante de la chirurgie, les conclusions s'affirment sur des documents souvent insuffisants et qui laissent trop de place à la critique.

Le terme de délire post-opératoire n'implique aucune notion d'origine : il ne suffit pas qu'un délire survienne à la suite d'une opération pour

rendre cette dernière responsable : et cependant beaucoup d'auteurs le comprennent aussi. Or il existe bien des causes susceptibles d'engendrer le délire après une opération et il faut les rechercher avec soin pour établir équitablement le rapport qui existe entre le délire et l'acte opératoire, c'est-à-dire la part de responsabilité qui incombe à ce dernier dans la production du délire.

J'ai étudié ces causes avec soin. J'ai envisagé des causes antérieures (médicales, dont le type est brighthisme), contemporaines (chloroforme) et postérieures à l'acte opératoire (septicémie). Toutes ces formes du délire post-opératoire doivent être considérées comme de faux délires post-opératoires.

Ces délires sont des états transitoires d'excitation ou plus rarement de dépression.

A côté de ces formes, il existe une variété de psychose post-opératoire vraie qui ne relève d'aucune des causes précédentes et qui survient chez des sujets apyrétiques qui ne sont ni des malades ni des intoxiqués.

Ce délire s'observe principalement chez les hystériques ou les prédisposés héréditaires et à la suite d'opérations déprimantes (amputations, castrations, opérations de varicocèle, anus contre nature). Il affecte ordinairement la forme mélancolique avec tendance au suicide.

Les persécutés persécuteurs constituent une catégorie de malades qu'un chirurgien doit bien connaître, et dont l'étude se rattache à la question des psychoses post-opératoires.

2. — Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans leur production.

(*Société de Chirurgie*, 1898. En collaboration avec le Dr Briand.)

Cette communication fait suite à la précédente et j'y étudie les psychoses post-opératoires vraies.

Diverses questions sont soulevées dans ce mémoire, quelques-unes y sont discutées.

1° La pathogénie appelle les deux questions suivantes :

(a) La prédisposition héréditaire est-elle une condition nécessaire à leur production?

(b) La psychose peut-elle se produire d'emblée chez un sujet sain et par voie sympathique?

A l'époque où j'ai écrit ce mémoire, j'avais écarté cette question de pathogénie. L'expérience que j'ai acquise depuis me permet d'affirmer que toujours la prédisposition héréditaire joue un rôle prépondérant.

2° La nature de l'opération pratiquée a-t-elle une influence sur la production des psychoses ?

Parmi celles-ci on a invoqué les opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme, qui ont été l'objet de nombreux travaux, mais surtout les opérations gynécologiques qui semblent tenir le premier rang.

Or la responsabilité du chirurgien est gravement engagée à la solution du problème touchant la corrélation qui peut exister entre les psychoses et les opérations pratiquées sur la sphère génitale de la femme.

Oui ou non, est-il équitable d'imputer à ce dernier un délire qui survient à la suite d'une opération gynécologique?

Un premier fait à constater, c'est le nombre considérable d'observations publiées dans ces quinze dernières années.

Ne pouvant admettre une simple coïncidence, la plupart des auteurs ont admis un rapport de causalité.

Or il convient de remarquer : 1° que beaucoup d'auteurs contestent la fréquence du délire après ces opérations; 2° que les observations publiées en sont incomplètes ou qu'elles présentent une fausse étiquette.

Les neuf observations personnelles que nous publions dans ce mémoire nous ont conduit aux conclusions suivantes.

Si les grosses opérations sur l'utérus ou les annexes nécessitées par des lésions matérielles évidentes donnent surtout les délires septiques, ce sont les opérations pratiquées pour des symptômes subjectifs souvent imaginaires et parfois simulés chez les prédisposés et les aliénés antérieurs qui donnent les prétendues psychoses qui ne constituent que des épisodes dans une longue histoire pathologique.

Ce n'est pas autrement qu'il faut expliquer la plupart des cas qui sont

réunis avec une certaine complaisance depuis une vingtaine d'années contre l'extension de la gynécologie.

Il convient donc de se montrer très précis dans la recherche des contre-indications opératoires.

Je publie trois cas intéressants, à l'appui de cette manière de voir, de malades déjà aliénés et auxquels j'ai simplement refusé une intervention.

3. — Que doit-on entendre par psychoses post-opératoires ?

(*Bulletin médical*, 1898.)

Cette étude est postérieure à la discussion qui s'est produite au Congrès des aliénistes d'Angers sur les psychoses post-opératoires.

Cette discussion n'a porté que sur la question de savoir s'il faut maintenir les délires septicémiques ou par intoxication médicamenteuse dans le cadre des psychoses post-opératoires ou s'il faut les en écarter.

J'ai émis l'espoir qu'il ne s'agit que d'un simple malentendu facile à dissiper.

Mais il faut désormais, sous peine de rendre tout effort inutile, bien préciser ce qu'on doit entendre par psychose post-opératoire.

Tout d'abord quelques auteurs y rangent à tort des troubles périphériques qui se rattachent à l'hystéro-traumatisme.

Or, si l'on se rapporte à la définition que j'ai donnée à la Société de chirurgie, on ne doit envisager sous le terme de psychose post-opératoire que les troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation.

Cette étude a pour but : 1° de confirmer l'existence du délire post-opératoire tel que je l'ai observé dans les asiles; 2° de développer les raisons qui m'ont fait éliminer le délire d'intoxication.

La psychose post-opératoire existe, bien qu'elle soit niée par quelques éminents aliénistes. J'ai eu l'occasion, dans une longue pratique, d'en observer un certain nombre de cas.

Elle s'observe chez des malades qui n'ont jamais été fous, mais qui

présentent des prédispositions héréditaires ou qui, à défaut de celles-ci, présentent des antécédents personnels très anciens.

A l'occasion d'un acte opératoire, les malades présentent un délire qui les amène à l'asile pour un temps plus ou moins long.

Les formes de la psychose sont très spéciales. Elles sont parfois caractérisées par des états d'excitation qu'il n'est pas toujours possible de distinguer de certaines formes d'hystérie.

Les états de dépression constituent le type pur de la psychose vraie post-opératoire. Ils ne peuvent donner lieu à aucun équivoque ; cliniquement la psychose se présente alors sous l'aspect d'un délire mélancolique avec toutes ses modalités.

2° Le délire septicémique doit être séparé des psychoses post-opératoires.

La réunion des deux formes paraît logique au premier abord. Mais elle n'est pas justifiable au point de vue nosologique et de plus conduit à des désastres thérapeutiques.

Dans la psychose vraie, la psychose constitue toute la maladie. Le malade délire et c'est tout.

Dans la psychose par intoxication septicémique, le délire n'intervient que comme un symptôme secondaire dans le syndrome infectieux.

Cette distinction à un intérêt thérapeutique de premier ordre. Alors que la psychose post-opératoire guérit seule et ne nécessite que l'internement, la psychose par intoxication entraîne souvent la mort et nécessite un traitement chirurgical.

4. — Sur 3 cas de troubles psychiques post-opératoires.

(*Société de Chirurgie*, 1902. — Rapport.)

J'analyse dans ce rapport trois observations de prétendues psychoses post-opératoires adressées à la Société de Chirurgie par M. Marcopoulos, de Constantinople. J'en fais la critique à l'aide des acquisitions récentes faites sur la question.

5 — Note sur la neurasthénie post-opératoire.

(*Recueil des Travaux*, 2e volume. En collaboration avec le Dr Dagonet.)

A côté des psychoses post-opératoires proprement dites, j'étudie un groupe intéressant d'accidents sous la dénomination de neurasthénie post-opératoire.

Elle est d'une fréquence réelle. En l'espace de cinq ans nous en avons observé avec M. Dagonet, à la consultation de Sainte-Anne, 67 cas chez des malades opérés dans les hôpitaux. Sur les 67 cas, 31 de neurasthénie pure et 8 cas de neurasthénie associée à d'autres troubles.

Ce travail comprend le résumé des 31 cas.

Plusieurs de ces observations restent incomplètes pour des raisons que nous avons indiquées mais elles présentent néanmoins un intérêt qu'on ne saurait contester, car chez tous les malades nous retrouvons un ou plusieurs des symptômes sur lesquels Beard a insisté, en 1880, dans son mémoire (céphalie, insomnie, asthénie psycho-motrice). Or, s'agit-il d'une neurasthénie créée par l'opération ou d'une neurasthénie antérieure et aggravée momentanément par l'opération?

S'agit-il, en un mot, d'une neurasthénie essentielle ou héréditaire?

La question est délicate à trancher, tous les malades affirment que les troubles datent de l'opération, mais il y a lieu d'émettre à cet égard les les plus grandes réserves.

Dans la deuxième partie de ce travail nous donnons le résumé de 15 cas de psychoses post-opératoires dont 8 ont débuté par un état neurasthénique. Ce sont les formes associées dans lesquelles on constate les signes de Beard auxquels viennent se joindre les symptômes variés de la psychose post-opératoire.

(3 cas d'hypocondrie, 3 états mélancoliques dont un associé à l'hystérie, un accès maniaque.)

J'insiste sur la filiation naturelle qui conduit de la neurasthénie à la psychose véritable et, par conséquent, le passage de la neurasthénie à l'aliénation mentale proprement dite. Dans certains cas, en effet, la

psychose peut être l'aboutissant de la neurasthénie (2e forme, forme héréditaire) et constituer un nouveau groupe qu'on pourrait appeler psychoses post-opératoires secondaires.

6. — Nouvelle contribution à l'étude des psychoses post-opératoires.

(*Archives de neurologie*, 1903. En collaboration avec le Dr Briand.)

Dans cette nouvelle étude sur les psychoses post-opératoires, nous avons voulu montrer le chemin parcouru depuis la discussion de 1898, fixer les points définitivement établis, discuter ceux qui sont restés en litige et mettre en lumière certains faits nouveaux à l'aide des documents personnels que nous avons pu recueillir au cours de ces dernières années. Il restera enfin à montrer, en élargissant le problème, quel intérêt il y a pour l'aliéniste et le chirurgien à bien connaître les psychoses post-opératoires.

Ce travail est basé sur 9 *opérations.*

Les conclusions sont les suivantes:

1° Sous la dénomination de psychose post-opératoire on ne doit comprendre dans la pratique que les troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation. Cette définition est indispensable pour séparer de ce groupe d'autres manifestations avec lesquelles les psychoses ont été abusivement confondues.

La neurasthénie post-opératoire doit en être rigoureusement séparée et constituer un chapitre à part ; elle ne présente d'intérêt que comme élément pathogénique possible des psychoses.

2° Dans ce groupe ainsi défini on doit écarter les délires d'intoxication ou en former un chapitre à part ; si au point de vue nosologique pur le rapprochement peut être soutenu, il ne saurait en être de même dans la pratique.

La réunion de ces deux variétés de psychose vient obscurcir la question au point de vue de la prophylaxie, de la symptomatologie, du pronostic et du traitement.

Les délires infectieux sont des délires transitoires qui doivent guérir à l'hôpital spontanément ou après une intervention chirurgicale. Les envoyer à l'asile, comme on le fait malheureusement trop souvent, c'est leur imposer une séquestration inutile ou les éloigner du milieu chirurgical où ils peuvent guérir. Les vrais délires post-opératoires au contraire sont des délires permanents qui ne peuvent être traités qu'à l'asile.

La pathogénie de ces délires varie dans les deux groupes. Dans le premier, le délire est, ainsi que nous venons de le dire, exclusivement sous la dépendance de l'infection et peut guérir par la suppression du foyer. Le cerveau peut, comme certains aliénistes l'ont soutenu, ne présenter dans ce cas aucune prédisposition héréditaire ou acquise. Dans le deuxième, cette prédisposition constitue la principale cause efficiente (Magnan et Truelle).

Si dans certains cas, comme nous l'avons montré dans un précédent mémoire (Picqué et Dagonet, 2e volume), la psychose peut se greffer sur un état neurasthénique, elle reste, même dans ce cas, tributaire de la mentalité des prédisposés.

La symptomatologie est très variable et dépend surtout de l'âge du malade, des antécédents héréditaires, du degré de la prédisposition, de la forme des troubles mentaux présentés antérieurement par les malades, enfin de la nature de l'opération pratiquée ; ce sera l'œuvre de l'avenir de déterminer d'avance les symptômes de chaque psychose d'après les éléments précédemment indiqués.

Mais il reste encore des affections mentales coïncidentes dont la confusion avec les psychoses post-opératoires augmente encore cette prétendue variabilité des symptômes. Nous en avons montré des exemples.

Quoi qu'il en soit, cette variété apparente dans les symptômes ne doit pas d'ailleurs conduire, comme certains l'ont prétendu, à la suppression pure et simple du cadre nosologique de cette variété de psychose. Il suffit de la rattacher, conformément à la donnée pathogénique, aux psychoses de dégénérescence dont elle constitue une variété qu'il importe au chirurgien de bien connaître.

Le dignostic des formes est important à établir puisqu'il conduit à des considérations utiles au point de vue du pronostic et du traitement.

Presque toujours bénin dans les formes infectieuses locales justiciables d'une intervention chirurgicale, il devient plus réservé dans les psychoses vraies, mais là encore le chirurgien peut rencontrer un nombre considérable de cas où une opération peut mettre fin aux troubles cérébraux.

Enfin en terminant et comme conclusion générale nous devons insister sur l'intérêt considérable qui s'attache à l'étude des psychoses aussi bien pour le chirurgien que pour l'aliéniste.

Si elles existent réellement telles que nous les comprenons on doit tenir pour erronée l'opinion des auteurs qui, pour des raisons exposées ailleurs, les considèrent encore comme produites de toutes pièces et directement par l'acte opératoire.

Pour les chirurgiens, leur pathogénie est intéressante à connaître, puisque la connaissant davantage ils pourront diminuer le nombre de ces psychoses en évitant d'opérer certaines catégories de prédisposés et en n'envoyant à l'asile que les cas qui ne relèvent pas de l'infection (thèse Mallet).

Pour l'aliéniste la connaissance exacte des formes de la psychose le conduira à solliciter l'intervention du chirurgien dans le cas où elle reconnaîtra une origine infectieuse.

III

PSYCHOSES INFECTIEUSES ET PUERPÉRALES

1. — Du délire infectieux.

(*Société médico-psychologique*, 1905.)

Dans cette communication, j'aborde pour la première fois devant mes collègues l'étude des rapports qui peuvent exister entre l'infection et le délire : à cette époque, j'avais eu l'oecasion d'observer avec eux dans les asiles la disparition rapide d'accès délirants à la suite d'interventions pratiquées sur des foyers infectieux.

J'ai été ainsi amené à penser que le délire pouvait dans certains cas provenir de l'infection ; il était dès lors indispensable de faire disparaître chez l'aliéné à l'aide de la chirurgie tous les foyers infectieux.

Je n'ai pas eu à m'éloigner, dans ces conditions, des règles que j'avais imposées jadis à la chirurgie des aliénés puisque la présenee d'un foyer infectieux donne lieu dans les conditions ordinaires à une indication opératoire.

Réserve faite pour les délires infectieux qu'on observe à l'hôpital, certains délires d'asile ont-ils une origine infectieuse ?

La folie puerpérale constitue à ce sujet un excellent terrain d'observation. Beaucoup d'aliénistes admettent son origine infectieuse. Mais en dehors de l'infection puerpuérale, aueun effort n'a été tenté.

Je me suis dès lors appliqué à combler cette lacune en publiant une série de faits dans lesquels la disparition du délire a suivi de près l'intervention ehirurgieale.

Je signale l'argument de la coïncidence, souvent invoqué, auquel j'oppose le chiffre notable de cas que j'ai publiés. Je termine cette communication en reconnaissant comme nécessaire la prédisposition antérieure du sujet.

2. — Délire infectieux et délire alcoolique.

(*Société de Chirurgie*, 1905.)

Beaucoup de chirurgiens considèrent encore actuellement le *delirium tremens* comme ayant, conformément à la doctrine de Verneuil, une origine toxique.

La preuve m'en est fournie chaque jour par le nombre considérable de malades qui me sont adressés à Saint-Anne sous cette étiquette, chez lesquels la nature infectieuse du délire est cependant incontestable.

Et c'est d'ailleurs l'affluence des malades de cette catégorie qui m'a permis d'envisager cette forme du délire dont l'étude est particulièrement intéressante en raison des déductions thérapeuthiques qui en découlent. Dans sa conception Verneuil admettait bien la nature infectieuse du délire, mais il accordait à l'alcool une place prépondérante.

L'observation m'a permis d'affirmer qu'il fallait renverser les termes de la proposition de Verneuil et donner au contraire à l'infection le rôle que l'éminent chirurgien attribuait à l'alcool.

Cette doctrine ne saurait d'ailleurs enlever à l'alcool son rôle dans la production du délire : nous observons dans nos services de fréquents exemples de délire alcoolique en dehors de toute plaie.

Mais, d'autre part, tous les alcooliques ne délirent pas, et du fait qu'un alcoolique peut délirer, il ne s'ensuit nullement qu'il n'a plus désormais qu'une façon de délirer.

L'aptitude de l'alcoolique à délirer ne suffit donc pas pour affirmer que tout délire chez lui a une origine alcoolique, et celui-ci peut conserver une aptitude à d'autres délires.

Or, ce sont mes études récentes sur le délire des nouvelles accouchées, qui m'ont permis d'établir, sur des bases sérieuses, les rapports du délire

d'infection avec le *delirium tremens* et de démontrer que l'infection peut dans certains cas constituer l'origine unique de ce délire. Chez l'accouchée, le délire, en effet, est nettement infectieux et l'alcool n'y joue aucun rôle.

J'ai été amené encore à constater que le délire qui accompagne la septicémie puerpérale est rigoureusement superposable à celui de la septicémie chirurgicale, et que d'autres fois les symptômes qu'il offre à l'analyse sont absolument semblables à ceux du *delirium tremens*.

J'ai fait dans ce travail une analyse minutieuse et parallèle des deux délires.

Si l'on admet cette conception, on est en droit de se demander pourquoi l'inflammation, cause première du délire, ne l'entraîne pas dans tous les cas?

Verneuil faisait intervenir l'intoxication alcoolique. La psychiatrie en nous faisant connaître les états dégénératifs héréditaires nous en fournit une interprétation rationnelle.

La dégénérescence héréditaire est en effet la condition essentielle : l'infection ne peut sans elle faire éclore le délire.

Si l'alcool, d'autre part, joue un rôle, il n'intervient que pour colorer le délire en y introduisant des éléments qui manquent dans le délire infectieux pur, mais il n'apporte en tout cas à celui-ci qu'un appoint tout à fait secondaire.

Il est intéressant d'ailleurs de remarquer, à l'appui de l'origine infectieuse du délire, qu'aujourd'hui où l'alcool fait dans la classe ouvrière des ravages de plus en plus profonds, le *delirium tremens* a disparu de nos services en même temps que l'infection et les complications des plaies.

Des conclusions pronostiques et thérapeutiques découlent des considérations précédentes.

A l'époque où l'alcoolisme tenait la première place, dans le délire, le traitement de ce dernier se réduisait à peu de chose. Aujourd'hui on se contente d'envoyer les malades dans nos asiles : je me suis élevé de toutes mes forces dans ce travail contre cette pratique; et établis que c'est avec les ressources de la chirurgie qu'il faut la combattre.

La chirurgie doit alors s'appliquer à agir sur toutes les sources de l'infection. Les résultats sont ordinairement excellents et constituent la meilleure démonstration et la plus probante de l'origine infectieuse du délire.

Je donnerai à la fin de ce travail la relation de deux observations de psychose infectieuse traitée et guérie par l'intervention.

3. — Délire infectieux et délire alcoolique.

(*Société de Chirurgie*, 1905.) (Discussion.)

Dans cette deuxième communication, je rappelle que je n'ai envisagé devant la Société de Chirurgie que le seul délire qui accompagne les traumatismes compliqués d'infection et auquel j'ai conservé le vieux terme de *delirium tremens*.

Je me suis appliqué à le séparer du vrai délire alcoolique avec lequel il a été jusqu'ici confondu et j'ai montré que le délire que j'avais eu en vue dans mon étude était un délire septicémique, qu'il ne tenait dans le syndrome clinique qu'une place secondaire à côté de l'infection et qu'il devait rentrer dans le chapitre de la septicémie chirurgicale.

Je me suis élevé dans cette communication contre l'objection qui m'a été faite par un collègue de vouloir nier le délire alcoolique et contre les tendances de certains chirurgiens qui confondent le délire infectieux et le délire alcoolique, et envoient à l'asile des malades qui pourraient guérir de leur délire s'ils étaient opérés à temps.

Mon but a été en définitive de montrer qu'il est en chirurgie comme en médecine des malades atteints de délires transitoires liés à l'infection et qu'il faut maintenir à l'hôpital et non leur appliquer la « thérapeutique du certificat » qui leur est si préjudiciable.

4. — De quelques considérations sur les psychoses puerpérales.

(Congrès des aliénistes. — Session de Pau.)

Les divergences qui existent entre les auteurs français et étrangers sur la question des psychoses puerpérales tiennent surtout à l'acception du terme.

La définition qu'a donnée Monneret de la période puerpérale a amené les auteurs à considérer sous le nom de psychoses puerpérales, les psychoses de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation. Or, cette manière d'envisager les faits a l'inconvénient de grouper dans la pratique des faits disparates.

J'estime que les modifications organiques importantes qui se produisent au moment de l'accouchement, à savoir l'ouverture de la cavité utérine, constituent une ligne de démarcation infranchissable entre les psychoses que précèdent l'accouchement et celles qui le suivent.

Je n'étudie dans ce travail que les psychoses *post partum* proprement dites que je considère comme superposables aux psychoses post-opératoires.

De celles-ci j'ai éliminé les formes fébriles qui appartiennent à la septicémie chirurgicale ; il convient de faire de même pour les psychoses *post partum* dont les formes fébriles appartiennent à la septicémie chirurgicale puerpérale.

Le terme de psychoses puerpérales ne doit être réservé qu'aux formes apyrétiques dans lesquelles on observe surtout la forme mélancolique.

Dans les deux formes fébrile et apyrétique, le rôle de la dégénérescence mentale est évident, mais le point de départ est le plus souvent l'utérus ou les annexes, parfois la mammite dont j'ai observé trois cas, dans certains cas des foyers infectieux secondaires consécutifs à l'infection puerpérale. Dans un de mes cas, il existait une arthrite tibio-tarsienne dont le traitement a amené la disparition du délire.

En résumé, la doctrine de l'infection éclaire la pathogénie de la

maladie, lui imprime sa forme et son évolution et aboutit à l'intervention chirurgicale.

5. — Considérations sur les psychoses post-factum (fausses aliénées et folie viscérale).

(*Société d'obstétrique de Paris*, 1905.)

Je montre, dans cette communication, les services que rendent la pathologie générale et la psychiatrie dans la question des psychoses puerpérales.

Si la pathogénie des psychoses puerpérales a divisé si longtemps les esprits, c'est qu'elle a été étudiée ou par les psychiatres qui ignoraient l'obstétrique ou par des accoucheurs à qui la psychiatrie était restée étrangère.

Il faut donc, pour aborder cette question avec fruit, connaître tout d'abord les infections d'origine obstétricale dans leurs infinies modalités et posséder en outre des connaissances générales en psychiatrie.

Je reviens encore ici sur l'erreur de Monneret et sur la nécessité de distinguer les psychoses de l'accouchement de celles de la grossesse.

Je défends enfin la doctrine de l'infection, tout en conservant une place à la dégénérescence mentale et je me contente dans ce travail de mentionner le rôle des infections latentes d'origine utérine et leur rôle en médecine mentale qui fait l'objet du travail suivant.

6. — Les infections latentes d'origine utérine chez les nouvelles accouchées et leur importance en médecine mentale.

(*Arch. de psychiatrie*, 1905.)

Je rappelle dans ce travail basé sur 14 observations les conditions d'une bonne statistique. Les facteurs qui y rentrent doivent être rigoureusement superposables, c'est-à-dire l'espèce morbide doit être constamment identique et le traitement toujours le même. Si les termes viennent

à varier, on n'obtient que des résultats contradictoires et parfois diamétralement opposés.

J'ai appliqué à ma statistique ces principes si simples et si rarement appliqués.

Sur 9 opérées, les 5 premières sont complètement guéries, la 6e peut être considérée comme devant certainement guérir, soit 6 guérisons, 3 malades sont très améliorées, 4 malades n'ont éprouvé aucune amélioration. Dans aucun cas, l'intervention n'a aggravé l'état psychique.

J'envisage dans cette étude l'argument tiré de la guérison spontanée du délire.

Il faut considérer d'abord les cas où le foyer infectieux s'éteint spontanément.

Il serait en outre intéressant de démontrer dans quelle proportion se produit la guérison spontanée et établir le pourcentage des guérisons avec ou sans intervention.

A défaut de ce document qui me manque, il faudrait au moins avoir une série de faits relatifs à des femmes ayant accouché un certain nombre de fois et ayant présenté chaque fois une psychose ***post-partum*** d'une durée déterminée.

Si, dans ces conditions, une psychose traitée par le curettage ou l'amputation du col présente une moindre durée, on peut en conclure que si la psychose est parfois susceptible de guérir spontanément avec la lésion qui lui a donné naissance, l'intervention a présenté tout au moins l'avantage en supprimant rapidement l'infection, de faire disparaître du même coup la psychose.

Si, d'autre part, on veut admettre comme je l'ai dit plus haut, que plus la psychose persiste, plus elle a des chances de devenir incurable, on comprend l'importance qu'il y a à intervenir.

On voit bien l'intérêt pratique à constater que le traitement chirurgical abrège notablement la durée de l'accès délirant. J'ai fait à ce point de vue l'examen de mes observations.

Il en résulte que, tout en admettant que l'atténuation spontanée des lésions peut entraîner la disparition de la psychose et que les malades peuvent ainsi guérir sans intervention, il n'en est pas moins vrai que

celle-ci conserve une importance capitale puisqu'elle seule est susceptible, en amenant rapidement la guérison de la lésion, d'empêcher la psychose de se prolonger et de devenir incurable.

Il résulte des faits qu'il m'a été donné d'observer que les infections latentes de l'utérus tiennent une place réellement insoupçonnée dans la pathogénie des troubles mentaux chez les femmes. Or, dans un travail de 1898, fait en collaboration avec M. Febvre, médecin en chef des asiles, j'établissais que la proportion des femmes aliénées atteintes d'affection gynécologique atteignait le chiffre de 89 p. 100. Toutes ne tiennent pas à l'infection, mais celle-ci entre dans la statistique pour une part considérable.

On arrive ainsi à cette conclusion, que le rôle de la maternité dans l'infection au moment de l'accouchement est considérable dans la pathogénie des psychoses chez la femme.

Il serait intéressant d'étudier la proportion des cas d'aliénation mentale chez les vierges et chez les femmes qui ont eu des enfants. Il ne m'a pas été possible de faire jusqu'ici ce travail, mais il est probable que la femme mère doit, toutes choses égales d'ailleurs, payer un lourd tribut aux psychoses.

Une conclusion pratique découle de ces faits, c'est la nécessité de pratiquer l'examen gynécologique de toute femme qui entre à l'asile : cette pratique n'est guère en usage que dans les asiles de la Seine où je l'ai introduite autrefois grâce au concours de mon regretté collègue Febvre.

7. – Psychoses infectieuses et intervention chirurgicale.

(*Recueil des travaux,* 6e volume.)

En 1903 j'ai publié une première série de 55 cas de délire guéris à la suite de l'intervention chirurgicale.

Les formes mentales donnaient 24 mélancolies, 8 confusions mentales, 2 hallucinations. La plupart des malades étaient atteints d'infections aiguë ou chronique.

Les cas qui font l'objet de cette note sont au nombre de 17 et relatifs

à des psychoses d'origine infectieuse (3 hommes et 14 femmes). Sur les 14 femmes 12 présentaient des accidents d'origine puerpérale consécutifs à des accouchements normaux ou à des manœuvres d'avortement.

La forme mentale observée était la confusion pure ou associée à la mélancolie.

J'ai insisté tout particulièrement sur la rapidité avec laquelle la guérison mentale s'est établie après l'intervention. Circonstance qui éloigne toute idée de coïncidence.

8. — Les psychoses chirurgicales d'origine infectieuse. La stupeur primitive des opérés.

(Lecture à l'Académie de médecine, 1910.)

L'étude attentive des travaux anciens est nécessaire pour rappeler des notions oubliées et rectifier bien des erreurs.

Dupuytren dans son étude sur le délire nerveux avait déjà affirmé l'analogie clinique entre celui-ci et le délire alcoolique, notion qui ne fut retrouvée qu'à notre époque.

D'autre part le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui passe pour ses successeurs comme ayant décrit une forme de délire en dehors de l'alcoolisme, ne put se dégager des doctrines courantes, et admit que l'alcool agissait comme cause prédisposante.

Il faisait également intervenir l'infection des plaies, notion que devait plus tard utiliser Verneuil.

L'étude des discussions que soulevèrent au cours du XIX[e] siècle les idées de Dupuytren est d'autre part intéressante à faire.

Le Dentu et Delorme furent les seuls pendant cette période à soutenir la non-identité du délire des opérés ou du délire alcoolique.

Verneuil attribuait à l'alcool une place importante dans la production du délire, mais il est juste de reconnaître, qu'il avait également pressenti le rôle de l'infection.

Dans un précédent mémoire, j'ai montré comment les données de la psychiatrie m'avait amené à renverser la conception de Verneuil, en

attribuant à l'infection le rôle prépondérant qu'il attribuait à l'alcool.

A notre époque, la psychiatrie a donné à l'infection un rôle insoupçonné jusqu'alors en créant le groupe des délires d'infection et d'auto-intoxication.

D'autre part, le professeur Régis a proclamé à notre époque l'identité du délire alcoolique ou du délire infectieux.

J'ai été moi-même amené en m'appuyant sur les données de la clinique à démontrer que le prétendu délire alcoolique des opérés n'était dans beaucoup de cas qu'un délire d'infection.

Ce sont mes études sur le délire des nouvelles accouchées qui m'ont permis de fixer le rapport sur des bases sérieuses parce que celui-ci constitue le type le plus fort du délire infectieux et que l'alcool n'y joue aucun rôle.

Je m'applique à démontrer dans cette étude que la psychiatrie, la pathologie générale et l'anatomie pathologique s'unissent pour expliquer les faits en apparence contradictoires de la clinique.

Au point de vue clinique, j'étudie une forme rare que j'ai désignée sous le nom de stupeur primitive des opérés et qui se rattache à la confusion mentale dont elle représente le degré le plus élevé. Elle n'a jamais été jusqu'ici l'objet d'aucune description de la part des chirurgiens.

Dans cette forme l'activité psychique est brusquement supprimée. Au lieu de se produire au cours d'une infection suraiguë ou d'en constituer la phase terminale elle peut survenir au cours de la convalescence et tout au moins en dehors de tout syndrome toxémique grave. La température et le pouls peuvent être normaux ou à peu près.

Dans le cas que je rapporte la stupeur n'a été précédée cliniquement d'aucune période de confusion mentale.

9. — A propos des psychoses puerpérales.

(Société d'obstétrique, 1911.)

Contrairement à beaucoup d'auteurs, je sépare, comme je l'ai dit ailleurs les psychoses de la grossesse des psychoses puerpérales (post-partum).

J'estime que la plaie utérine, conséquence de l'accouchement, constitue une ligne de démarcation infranchissable entre les psychoses qui précèdent l'accouchement et celles qui les suivent.

Mon élève Privat dans sa thèse a consacré cette distinction.

Parmi les psychoses puerpérales proprement dites, les formes fébriles, dont il faut séparer des psychoses qui ne se rattachent à la puerpéralité qu'en raison du moment de leur apparition, mais en diffèrent essentiellement quant à l'origine, intéressent seules l'accoucheur.

Il convient de les rattacher à la septicémie puerpérale à forme délirante.

Les malades qui en sont atteints sont des délirants fébriles et non pas des aliénés.

Quant aux formes apyrétiques, on ne les observe qu'à l'asile et elles relèvent de la psychiatrie.

Pour ma part, je n'accorde la dénomination de psychoses ou de folie puerpérale qu'à ces formes apyrétiques que l'on observe chez des femmes accouchées depuis un temps plus ou moins long et chez lesquelles les troubles mentaux sont devenus permanents.

Au point de vue de la pathogénie, je n'accepte ni les psychoses idiopathiques ou traumatiques invoquées par les accoucheurs ni celles qui relèvent exclusivement de la dégénérescence mentale héréditaire et ne constitueraient pour certains aliénistes qu'un aspect de la dégénérescence.

L'étude attentive de psychoses puerpérales m'a montré combien était fréquente l'association dans tous les cas du délire et de l'infection, que la psychose soit fébrile ou apyrétique.

Ainsi donc en ce qui concerne l'hérédité si j'ai rejeté son influence exclusive, j'ai affirmé de la façon la plus nette, contrairement à l'opinion qui m'a été prêtée à tort, que les 2 éléments (prédisposition délirante et cause occasionnelle infectieuse) étaient inséparables.

Dans la thèse de mon élève Privat, j'ai montré que chacun de ces éléments exerçait dans la production du délire une action évidente.

D'ailleurs pour bien mettre en évidence le rôle de la prédisposition, j'ai rappelé qu'infection et délire n'étaient pas indissolublement liés et que toutes les femmes atteintes de septicémie puerpérale ne déliraient pas.

Quelle que soit la part que l'on attribue à la prédisposition dans la production du délire, il faut se rappeler toutefois aujourd'hui que des altérations ont été notées du côté des cellules cérébrales qui peuvent à elles seules créer un terrain aequis de prédisposition.

La distinction que j'ai établie dès le début entre les psychoses de la grossesse et les pyschoses post-partum permet tout d'abord un classement méthodique des variétés cliniques observées.

Dans les formes apyrétiques, c'est la mélancolie qui domine. Dans les formes fébriles c'est surtout la confusion mentale hallucinatoire.

Au point de vue du pronostic, c'est la cause du délire et la gravité même de l'infection qu'il convient d'incriminer bien plutôt que la forme même du délire qui en est l'expression.

Toutefois, la catatonie et la stupeur s'observent généralement dans les formes mortelles de l'infection.

Il résulte de mes observations que dans la mélancolie tardive des nouvelles accouchées le pronostic est moins sombre, parce que cette forme correspond à une infection atténuée et latente, mais l'incurabilité y est fréquente.

Ce fait a été en vérité déjà signalé par les auteurs, mais je me suis appliqué à démontrer l'importance de la notion de chronicité.

Tel délire peut guérir si l'on supprime dès son apparition la cause qui lui a donné naissance, mais devient incurable si l'on n'intervient pas à temps, l'intervention chirurgicale constitue alors une précieuse ressonrce.

Mais l'état psychopathique antérieure joue également un rôle, de sorte que pour moi chronicité et état psychopathique antérieur constituent les 2 éléments spéciaux du pronostic dans cette forme spéciale des femmes accouchées.

Je me suis, en terminant, élevé contre l'internement des psychoses puerpérales fébriles et montré que seule la thérapeutique chirurgicale devait leur être appliquée et qu'elle fournissait de bons résultats dans un grand nombre de cas malgré la prédisposition antérieure du sujet.

Quant aux formes apyrétiques, la thérapeutique qui leur convient est une thérapeutique d'asile qui rentre dans le domaine de la chirurgie des aliénés.

IV

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE LA PROPHYLAXIE DES PSYCHOSES TRAUMATIQUES

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les traumatismes crâniens jouent dans la production de certains délires un rôle dont personne ne songe plus à contester la valeur.

Quand les lésions de la substance cérébrale sont systématisées et étendues, l'influence du traumatisme est alors très controversée et toujours difficile à démontrer.

Mais il n'en est plus de même pour les lésions cérébrales circonscrites qui correspondent à des lésions limitées de la voûte crânienne.

La corrélation qui existe entre les deux ordres de lésion et que de nombreuses autopsies ont mise en évidence, permet de concevoir l'origine traumatique de certains troubles mentaux.

C'est par cette voie que j'ai été amené à envisager leur prophylaxie.

Cette étude ne peut être entreprise qu'à l'hôpital et c'est pourquoi l'expérience du chirurgien d'asile doit être complétée par celle du chirurgien d'hôpital.

Une évolution intéressante tend à se produire à notre époque dans le traitement des traumatismes crâniens.

Le caractère préventif de la chirurgie du crâne, qu'avait si bien précisé Hippocrate, s'affirme chaque jour davantage par l'extension progressive des indications opératoires.

J'ai indiqué, dans cette série de travaux, mes tendances personnelles et et celles d'un grand nombre de chirurgiens français et étrangers.

D'une façon générale, les indications opératoires sont envisagées dans leurs rapports avec les lésions locales et les troubles fonctionnels.

Parmi les lésions locales, il en est qui sont nettement constatables; d'autres ne peuvent être reconnues que si l'on vient à découvrir la surface crânienne.

C'est cette pratique que j'ai conseillée dans mon Rapport de 1907 à la Société de chirurgie.

Il est évident que, lorsque la taille systématique d'un lambeau cutané n'a pu mettre à nu les lésions sous-jacentes de la boîte crânienne, le clinicien n'a plus pour le déterminer que la constatation de troubles fonctionnels.

Malheureusement, le cadre clinique est aujourd'hui beaucoup trop étroit. Les signes fonctionnels sur lesquels les cliniciens se sont jusqu'alors appuyés sont peu nombreux et parfois incertains; on est alors le plus souvent conduit à s'abstenir.

Il est cependant incontestable que la pratique plus étendue des interventions met à découvert des lésions dont la symptomatologie était restée silencieuse.

Aussi convient-il, à l'aide des documents nouveaux que la chirurgie opératoire nous fournit, de reprendre toute l'histoire clinique des traumatismes crâniens.

Nous pourrons dès lors arriver à déceler, avant toute intervention, des lésions susceptibles de compromettre l'avenir des fonctions intellectuelles. On comprend le profit qu'en fera retirer la Psychiatrie. (Extrait de ma préface, *Recueil des travaux*, 8ᵉ volume.)

1. — Traumatisme de folie.

(Congrès de Grenoble.) (En collaboration avec A. Marie de Villejuif.)

Not\. — *Ces travaux de chirurgie pure, pour la plupart, intéressent tout autant l'aliéniste que le chirurgien; ils sont destinés à mettre ce dernier à même de prévenir les accidents éloignés psychiques du traumatisme.*

Il est impossible à l'heure actuelle de nier l'influence du traumatisme dans la production de certains états cérébraux observés à l'Asile.

Un fait intéressant est le point de départ de ce mémoire (enfoncement ancien de la région frontale : hyperostose consécutive de l'os avec aplatissement de la substance cérébrale à ce niveau).

L'influence d'une semblable lésion sur la production du trouble mental paraît évidente. L'intervention n'a pas guéri le malade, mais on est en droit de penser que le résultat aurait été différent si celle-ci avait été plus hâtive.

Les autopsies nous ont montré fréquemment d'ailleurs les traces visibles d'un traumatisme antérieur, mais le problème est délicat : certains traumatismes peuvent être consécutifs à la folie et réagir sur la psychose antérieure.

Par contre, il peut ne pas exister de stigmate extérieur du traumatisme et cependant la lésion cérébrale peut dépendre d'un traumatisme ancien.

Le chirurgien ne voit le malade qu'au début et ignore en général les conséquences psychiques possibles du traumatisme. L'aliéniste le voit plus tard et à une période trop tardive pour apprécier l'influence qu'a pu exercer le traumatisme sur les accidents cérébraux qu'il observe.

Cette recherche de l'origine traumatique de la folie est par conséquent délicate, mais indispensable, car elle conduit au traitement prophylactique et curatif.

Le traitement prophylactique doit être fait dès l'accident par le chirurgien, désormais mieux informé des suites éloignées, possibles.

Quant au traitement curatif des accidents éloignés il a été déjà préco-

nisé par Christian dans son mémoire de 1890, mais à l'heure actuelle il est impossible de se prononcer sur son efficacité.

Les observations publiées dans ce mémoire sont au nombre de 24, dont beaucoup empruntées à la pratique de nos collègues.

Elles contiennent des accidents récents (confusion mentale) et des accidents tardifs (démence, épilepsie).

2. — Traumatisme crânien et troubles mentaux.

(*Société médico-psychologique*, 1906.)

Dans cette note j'analyse une observation présentée par M. Vigouroux à la Société médico-psychologique. Il s'agit d'un cas de confusion mentale et d'amnésie, forme que j'ai rangée sous la dénomination de troubles mentaux post-traumatiques précoces. Ces faits sont généralement observés à l'hôpital, mais attirent peu l'attention du chirurgien et, cependant, ils me paraissent éclairer la question des rapports du traumatisme avec l'aliénation mentale.

Ils constituent, en quelque sorte, le premier chaînon d'une filiation pathologique qui part du traumatisme pour aboutir au trouble mental et à l'internement.

Mais cette chaîne pathologique est en général peu connue parce qu'aux diverses phases de son évolution, le malade se trouve dans des milieux différents d'observation.

Ainsi que je l'ai dit dans mon précédent travail, l'étude de ces traumatismes et de leurs suites éloignées nécessitent la collaboration de l'aliéniste et du chirurgien.

Au moment de l'accident, le chirurgien doit s'appuyer sur l'aliéniste, mais à l'Asile ce dernier a besoin du chirurgien.

Note. — *Dans les travaux qui suivent j'étudie les moyens de reconnaître les lésions de la boîte crânienne et de l'encéphale au moment où le chirurgien voit le blessé pour la première fois.* (Étude de prophylaxie.)

3. — De la trépanation d'emblée dans les traumatismes récents du crâne envisagée dans ses rapports avec la prophylaxie des psychoses traumatiques.

(*Soc. de chir.*, 1907.)

Dans ce premier travail j'envisage longuement la trépanation d'emblée dans les traumatismes récents du crâne basée sur 2 observations de mon élève R. Picque et 11 observations personnelles. J'y étudie les troubles mentaux précoces qui surviennent après le traumatisme, leur pathogénie et leur pronostic et l'influence heureuse de la trépanation, et je m'applique à établir la filiation anatomo-pathologique des lésions primitives et tardives qui conduisent le malade à l'Asile.

4. — Sur une série de traumatismes crâniens.

(*Soc. de chir.*, 1909.)

Dans le deuxième travail publié deux ans après (1909) je reprends la même question à la Société de chirurgie, dans un long rapport basé sur 7 observations de mon élève Baudet, chirurgien des hôpitaux.

5. — A propos des indications opératoires dans les traumatismes crâniens.

(*Soc. de chir.*, 1909.)

La même année, à la Société de chirurgie, à propos des communications de Championnière et de Auvray, j'envisage spécialement parmi les accidents éloignés du traumatisme la paralysie générale traumatique. Je me

suis appliqué à montrer qu'on pouvait aujourd'hui concilier la notion du traumatisme avec les acquisitions actuelles sur la paralysie générale.

6. — Contribution à l'étude des épanchements sanguins intra-crâniens.

(*Soc. de chir.*, 1910.)

En 1910, à la Société de chirurgie, à propos d'une observation de mon élève Baudet, de deux observations personnelles et d'une observation de M. Darde, médecin de l'armée, j'étudie les épanchements sanguins intra-crâniens au point de vue du diagnostic et du traitement. Je montre, en m'appuyant sur ces observations et celles très nombreuses publiées à l'étranger, combien le diagnostic est délicat, et cependant combien il est nécessaire à établir pour intervenir à temps et éviter les accidents tardifs.

J'ai insisté également sur la nécessité, quand le malade est guéri chirurgicalement, d'établir le déficit démentiel précoce (nouveau document de pronostic éloigné).

J'ai, dans ce but, proposé à la Société de chirurgie un questionnaire qui permet d'étudier rapidement le mécanisme cérébral et de voir ainsi les modifications susceptibles de se manifester dans le domaine de l'intelligence, du sentiment et de la volonté.

7. — Traumatisme crânien. Épilepsie consécutive. Interventions multiples.

(*Soc. de chir.*, 1910.) (Présentation du malade.)

Histoire d'un malade atteint d'un traumatisme crânien et qui a subi une série d'interventions inutiles, parce qu'on n'a pas tenu un compte suffisant des éléments multiples du problème.

8. — Sur le traitement des traumatismes fermés du crâne.

(*Soc. de méd. militaire*, 1911.)

En 1911, j'ai repris devant la Société de médecine militaire, dans un long rapport à l'occasion d'une discussion qui y avait été soulevée, la question du traitement des traumatismes fermés du crâne et montré l'extrême difficulté de fixer les indications opératoires.

9. — De l'épilepsie traumatique. Etude de pathogénie et de diagnostic.

(*Acad. de médecine*, 1911.)

L'étude de l'épilepsie dans nos asiles présente un intérêt particulier pour les chirurgiens. On considère habituellement que l'épilepsie a le plus souvent une origine traumatique et relève de la chirurgie.

Or, l'examen de 255 épileptiques m'a permis d'arriver à une conclusion absolument différente.

J'ai particulièrement envisagé dans ce travail la pathogénie et le diagnostic de cette affection.

Dans un premier chapitre, je me suis appliqué à distinguer l'épilepsie essentielle et héréditaire qu'un traumatisme peut compliquer.

L'étude du syndrome clinique ne peut aujourd'hui servir de guide.

Telle lésion limitée peut entraîner, en effet, des crises généralisées et, inversement, telle épilepsie vraie peut être partielle.

D'autre part, les caractères cliniques qui paraissaient spéciaux n'ont plus la valeur qu'on leur attribuait autrefois.

Par contre, l'étude du mode de l'hérédité peut permettre de fixer au traumatisme le rôle qui lui revient dans les deux variétés d'épilepsie.

Il est donc indispensable de rechercher les antécédents héréditaires chez les épileptiques et j'ai insisté sur les difficultés diverses que le clinicien rencontre (variétés de l'hérédité, dissimulateurs, etc.).

A défaut de renseignement précis du côté des parents, il faut rechercher chez le malade l'existence de crises antérieures au traumatisme.

L'existence de cicatrices, leur siège et leurs caractères peuvent fournir des données précieuses.

J'ai examiné dans ce but 72 épileptiques dans le service de M. Boudrie à Ville-Evrard et j'ai classé en plusieurs catégories les cicatrices observées chez les malades.

J'ai fait une enquête semblable à la Salpêtrière, dans le service de M. Vurpas, sur 183 épileptiques.

Ces recherches m'ont démontré que ces cicatrices sont ordinairement postérieures à la première attaque, qu'elles n'ont pas l'importance que leur accordent les chirurgiens et qu'en conséquence la majorité de ces malades échappent à la chirurgie, contrairement à une opinion trop facilement admise.

En dehors de ces épileptiques traumatisés, l'épilepsie traumatique présente des points intéressants à envisager.

Pour beaucoup d'auteurs, l'hérédité y joue encore un rôle ; c'est à elle que les malades atteints de traumatismes crâniens emprunteraient une susceptibilité nerveuse spéciale.

Je me suis appliqué à démontrer que, malgré les auteurs, la prédisposition héréditaire tient une place trop grande dans la pathogénie de l'épilepsie traumatique et ne saurait seule expliquer les récidives qu'on observe si fréquemment après les interventions. Ici, la doctrine de l'hérédité se heurte aux notions anatomo-pathologiques. Il convient, en effet, de tenir compte des lésions contemporaines du traumatisme qui « créent le terrain acquis de prédisposition ».

Les observations histologiques sont encore peu nombreuses, mais il faut espérer que les progrès incessants de la technique fixeront un jour la nature exacte des processus post-traumatiques.

Pour le moment, une thérapeutique bien conduite et une technique rigoureuse peuvent seules nous montrer dans le cas de lésions circonscrites la part qui revient dans les récidives à l'hérédité.

Les statistiques récentes montrent combien ces prévisions sont justifiées.

Dans une deuxième partie, je me suis appliqué à l'étude de quelques points relatifs au diagnostic de l'épilepsie traumatique.

J'ai particulièrement insisté sur les difficultés du diagnostic entre l'épilepsie vraie (traumatique ou spontanée) et l'ictus paralytique et aussi entre la démence paralytique et épileptique.

L'observation prolongée peut permettre d'éviter l'erreur dans un certain nombre de cas.

J'ai cité à cet égard quelques observations intéressantes empruntées à la pratique de nos collègues.

Mais on risque alors, à attendre, de laisser passer le moment opportun pour intervenir utilement.

C'est alors que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien peut rendre de signalés services. 6 cas dont 2 personnels. La radiographie peut en outre fournir à l'observation clinique un complément utile. J'y ai eu recours dans un certain nombre de cas. Même quand elle est négative, elle donne au diagnostic sa véritable direction. Parfois elle est positive. Un cas personnel.

10. — Sur une nouvelle série de traumatismes récents du crâne.

(*Société de chirurgie*, 1911.)

Analyse de six cas nouveaux de traumatismes crâniens adressée à la Société de chirurgie par le médecin principal Darde, de Fontainebleau.

11. — Des troubles de la mémoire dans les traumatismes crâniens.

(*Soc. de chir.*, juillet 1912.)

Nota. — *Ce travail est destiné à fournir un document à l'étude clinique des troubles psychiques consécutifs au traumatisme.*

C'est à propos d'une communication de notre collègue Tuffier sur les troubles de la mémoire consécutifs aux traumatismes crâniens que j'étudie dans ce travail quelques points particuliers de cette question.

Tout d'abord, j'y expose mon opinion sur le mode d'adaptation et d'utilisation de la psychologie à la pathologie chirurgicale.

Selon moi, le chirurgien doit voir dans la psychologie une branche de la physiologie, c'est-à-dire une science utilitaire complètement distincte de la métaphysique. Mais comment fixer le rapport de la psychologie avec la pathologie? Le psychologue s'appuie sur le fait pathologique pour déterminer le mécanisme normal de la conscience.

Il remonte ainsi de la psychologie pathologique à la psychologie normale.

Le pathologiste, au contraire, doit, à mon avis, suivre une voie inverse, c'est-à-dire s'appuyer sur la psychologie normale pour éclairer le fait pathologique. Il devra donc tout d'abord, contrairement à Tuffier, envisager le mécanisme de la mémoire à l'état normal pour arriver à comprendre l'amnésie, à limiter son domaine et à distinguer les formes cliniques.

Dans cette étude, je rejette la mémoire organique, admise par quelques chirurgiens, pour n'envisager que la mémoire psychique, c'est-à-dire consciente et dont je rappelle les éléments.

Dans l'étude de l'amnésie traumatique, il faut encore, pour faire œuvre utile, se limiter à l'amnésie globale du souvenir.

Quoi qu'il en soit, deux conditions sont nécessaires pour constituer l'amnésie traumatique vraie :

1° L'intégrité du fonctionnement cérébral au moment du traumatisme; 2° son intégrité après, en dehors de l'amnésie.

Sous le premier rapport, il convient d'établir que l'amnésie qui survient après le traumatisme relève directement de celui-ci et non pas d'une maladie antérieure ou contemporaine du traumatisme (amnésie liée à l'hystérie et à l'épilepsie).

En pratique, il faut donc établir si la chute est due à un ictus épileptique et si l'amnésie constatée est due au traumatisme ou à l'épilepsie.

Dans mes études sur l'épilepsie, j'ai montré les difficultés à établir les antécédents personnels ou héréditaires des malades.

L'amnésie traumatique toutefois a des caractères qui permettent de la reconnaître dans le groupe des amnésies spontanées.

La localisation chronologique de l'amnésie a, d'ailleurs, une importance spéciale.

D'une façon générale, le type de l'amnésie simple est l'amnésie épileptique; le type rétrograde est particulier au traumatisme et le type antérograde à l'hystérie.

Il existe toutefois des exceptions que je mentionne dans mon travail et dont il faut tenir compte en pratique.

Au point de vue de la qualité psychologique, l'amnésie rétrograde et antérograde sont, d'après les auteurs, des amnésies d'évocation.

Quant à l'amnésie de fixation signalée par les auteurs, je me suis appliqué à démontrer que l'amnésie n'est qu'apparente et qu'elle doit rentrer dans le cadre de la confusion mentale. Je pense qu'il en est le plus souvent de même de l'amnésie antérograde et c'est ce qui explique selon moi la bénignité plus grande de cette variété. J'ai publié plusieurs observations qui me paraissent convaincantes.

L'origine de l'amnésie a retenu mon attention.

S'agit-il, en effet, d'un trouble fonctionnel, comme l'émotion invoquée par quelques auteurs, ou d'un trouble organique?

Or, en ce qui concerne l'amnésie rétrograde, il est des cas où elle se produit à la suite de lésions graves du crâne ou de l'encéphale. Il est alors naturel d'admettre des destructions cellulaires et de ranger les amnésies dans le cadre des amnésies organiques ou destructives.

Mais il convient, dans les traumatismes légers, d'envisager les troubles de circulation cérébrale consécutifs au traumatisme.

Dès lors, en s'appuyant sur l'hypothèse hylozoïste, tout peut se ramener pour la mémoire comme pour tous les modes de l'activité intellectuelle aux altérations des cellules et de leurs propriétés.

Je montre à la fin de ce travail l'intérêt qui s'attache à l'étude des troubles intellectuels dans les traumatismes crâniens. Les formes cliniques constituent un cadre trop étroit : tous les éléments cliniques sont loin d'être utilisés.

L'anatomie pathologique, qui se constitue chaque jour au cours des opérations, déborde actuellement la clinique en montrant au chirurgien des lésions dont la symptomatologie n'est pas faite.

Peut-être un jour, les troubles de l'intelligence fourniront, comme les troubles sensitivo-moteurs et sensoriels, au chirurgien, d'utiles indications opératoires.

V

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES OBSESSIONS EN CHIRURGIE

1. — Phimosis et obsessions.

(*Chirurgie des aliénés. Recueil des travaux*, 5e volume.)

Nota. — Dans cette série de notes, j'ai étudié les obsessions et les préoccupations hypocondriaques qui peuvent naître autour d'une affection chirurgicale ou d'une opération, en m'appuyant sur des faits de ma pratique hospitalière.

Phimosis et obsessions. — J'ai observé une série de malades qui viennent se plaindre qu'ils ne peuvent accomplir le coït que dans des conditions tout à fait anormales et ils se déclarent, avant tout examen, atteints d'un phimosis dont ils demandent à être débarrassés. Souvent le chirurgien cède à l'insistance des malades et pratique une opération; rarement ceux-ci se déclarent satisfaits et demandent parfois une nouvelle intervention. Je cite dans cette note un cas bien instructif à cet égard qui fixa mon expérience sur cette catégorie de malades, j'ai dès lors repris l'étude des indications opératoires, chez les obsédés atteints de phimosis léger.

Dans certains cas d'entre eux l'état mental peut fournir une indication à intervention, mais dans d'autres, beaucoup plus nombreux, le chirurgien doit s'abstenir d'une façon absolue.

On ne saurait donc, chez ces malades, se montrer trop circonspect avant de procéder à une intervention.

2. — Anus iliaque et psychopathies.

(*Recueil des travaux*, 5e volume.)

Dans cette note, j'émets l'opinion que dans le parallèle entre l'anus iliaque et l'anastomose iléo-rectale, il faut tenir compte tout d'abord de la mortalité encore élevée de cette dernière (25 p. 100).

D'autre part, les inconvénients de l'anus iliaque ont été peut-être exagérés. J'ai montré, en effet, que par une éducation mentale spéciale on peut arriver à régulariser les garde-robes : le prolapsus de la muqueuse qui constitue un accident fréquent peut encore être évité par des pansements appropriés.

Quoi qu'il en soit, cependant, l'anus contre nature doit être évité chez les hypocondriaques, parce qu'il devient chez ces malades le point de départ de troubles mentaux qui exigent l'internement. Chez eux, les anastomoses iléo-rectales constituent dès lors une précieuse ressource. Deux cas personnels.

3. — Appendicalgie et hystérie.

(*Recueil des travaux*, 5e volume.) (En collaboration avec le Dr Mariau.)

Relation d'un cas intéressant de pseudo-appendicite chez une hystérique. J'ai repris dans un récent travail la question des indications opératoires chez les hystériques.

4 et 5. — De l'appendicalgie.

(1re Note. *Soc. de chirurgie*, 1904. 2e Note. *Soc. de chirurgie*, 1904.)
(A propos d'une communication de M. Guinard.)

1re *Note.* — C'est à propos d'une communication de M. Guinard à la Société de chirurgie que j'ai rédigé cette note. Notre collègue avait laissé justement pressentir que beaucoup de névralgies attribuées jadis à un

état pathologique des organes génitaux chez la femme devaient être attribuées à l'appendicite fruste. Il a le premier envisagé, au point de vue clinique, la question des erreurs de localisation de la douleur, sujet que j'ai étudié récemment à l'Académie de médecine. Mais notre collègue a eu tort de rapporter toujours à l'appendicite les douleurs accusées par les malades à l'occasion d'un fibrome utérin ou du rein mobile.

J'apporte pour réfuter son opinion des arguments que j'ai puisés dans une série d'études que je poursuis depuis plusieurs années. Il faut, en effet, tenir compte des obsédés ou hypocondriaques dont j'ai cité de nombreux exemples en 1898 à la Société de chirurgie (travail en collaboration avec Febvré, médecin en chef des asiles). Mon interne Mallet en a également publié des cas dans sa thèse. Chez ces malades, l'intervention ne peut leur procurer aucun bénéfice : parfois même elle aggrave l'état mental.

Après avoir envisagé les conditions de la douleur dans le fibrome utérin, le rein mobile ou la hernie, je propose à mon collègue les conclusions suivantes : n'enlevez l'appendice que lorsqu'il est réellement malade et que le sujet a présenté des crises très nettes d'appendicite.

Méfiez-vous de l'appendicite fruste qui est certainement moins fréquente qu'on ne le croit si l'on tient compte des états morbides dont j'ai parlé. Je pense que le plus souvent il ne s'agit que de viscéralgie chez des sujets hypocondriaques. La thèse de M. Guinard présente le grave inconvénient d'exposer à enlever l'appendice chez les obsédés, les hystériques ou les hypocondriaques et à rouvrir le chapitre des psychoses post-opératoires.

2e *Note.* — Je fais la relation curieuse d'une épidémie mentale, dans un bataillon de chasseurs à pied. Cette cause peu connue des chirurgiens explique selon moi bien des épidémies dites familiales que l'on attribue d'ordinaire au régime commun.

Il est un fait digne de remarque et qui vient confirmer cette opinion, c'est que l'appendicite dans ses formes chroniques ne s'observe pas chez l'aliéné. Peut-être, en effet, faut-il penser qu'ils sont à l'abri de l'obsession d'une maladie qu'ils ne connaissent pas et dont ils n'entendent que bien rarement parler.

Relation d'un cas d'appendicite fausse chez un mélancolique présentant des stigmates d'hystérie.

6. — Varicocèle et obsession.

(*Société de médecine*, 1904.)

Dans ce travail, j'étudie les indications opératoires dans la varicocèle. Je propose pour conduire utilement cette étude d'envisager parallèlement l'état anatomique du cordon et l'état mental.

Dans la première variété, la distension veineuse est énorme, les malades ne souffrent pas ; en général, ils ne demandent aucune opération.

C'est pour contracter un engagement militaire ou pour se marier, qu'ils sollicitent l'intervention. Leur demande est parfaitement légitime.

Dans la deuxième variété, les lésions sont peu marquées, mais les troubles fonctionnels très prononcés. L'exagération de ces troubles peut encore déterminer le chirurgien à intervenir avec chances de succès.

Mais l'impuissance parfois accusée par les malades doit constituer une contre-indication absolue.

Dans la troisième, les lésions anatomiques manquent absolument. Il s'agit de névralgie testiculaire (varicocèle psychique). Le chirurgien est très souvent amené à intervenir. J'en ai donné longuement les raisons, d'ordre mental. Il y a là une psychologie du médecin curieuse à connaître. Quoi qu'il en soit, les résultats sont déplorables pour le malade et, aussi, pour le chirurgien.

Quatre observations sont jointes à ce travail.

7. — Ectopie rénale et psychopathie. Indications opératoires.

(*Société de médecine*, 1904.)

J'étudie dans cette note les indications opératoires dans l'ectopie rénale sur lesquelles je reviens dans une étude ultérieure. Dans ce premier

travail, j'estime que dans l'ectopie rénale non compliquée, les indications sont délicates à saisir.

A côté des reins mobiles silencieux qui ne donnent lieu à aucun accident, il en est d'autres qui en dehors des complications précitées se traduisent par divers symptômes pouvant se résumer à trois : les douleurs, les troubles nerveux et les troubles digestifs; ceux-ci sont parfois associés.

Je n'envisage actuellement que la forme neurasthénique et douloureuse à laquelle je joindrai le rein mobile chez l'hystérique ou chez l'aliéné. Or, ma pratique des aliénés me permet d'affirmer, contrairement à l'avis des auteurs, que les neurasthéniques purs (type Béard) ne peuvent bénéficier de l'intervention et que celle-ci aggrave leur état.

Je cite un cas personnel. Il en est de même chez l'hystérique.

Note. — Dans mon dernier travail, de nouveaux faits m'ont amené toutefois à modifier mon opinion à cet égard dans des conditions que je me suis appliqué à préciser. En cas de psychose, l'intervention peut, dans certaines formes bien déterminées, amener la disparition de celle-ci. Cas personnel.

8. — A propos de la castration et de la prothèse testiculaire.

(*Société de médecine*, 1904.)

Les affections du testicule qui aboutissent à la castration provoquent chez certains malades des idées mélancoliques ou hypocondriaques, depuis longtemps signalées par les chirurgiens (Dupuytren, Malgaigne).

La chirurgie conservatrice (testicule moral) que j'ai toujours pratiquée par une technique spéciale, sur les conseils de mon maître le professeur Recho, et la prothèse testiculaire préconisée par Tuffier ont été imaginées pour supprimer les conséquences psychiques de la castration.

Quand la castration a été jugée nécessaire, est-il toujours indispensable

de pratiquer la prothèse? C'est le point que j'ai étudié dans cette courte note.

Quand le malade ne demande pas la prothèse, j'estime qu'il y a inconvénient à la lui proposer. J'en donne les raisons d'ordre psychique.

Quand, au contraire, celui-ci la réclame, il est nécessaire, au préalable, d'examiner avec soin l'état mental du malade.

Deux cas personnels intéressants au point de vue documentaire, mais insuffisants pour fixer les indications et contre-indications.

VI

DELIRE D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE ET INTERVENTION CHIRURGICALE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'étude clinique française, qui compte depuis Esquirol d'illustres représentants, n'a pu encore, malgré un siècle d'efforts, affranchir définitivement la psychiatrie des doctrines dont l'influence a pendant si longtemps retardé l'évolution. C'est qu'en effet certains esprits semblent ne pouvoir se libérer de l'empreinte philosophique des précédents siècles, ni s'adapter aux méthodes scientifiques actuelles.

Dans la question des origines extra-cérébrales de la folie, la clinique se heurte à tout instant « à la doctrine ». Certains de ses partisans prétendent expliquer les résultats de l'observation en déformant les faits qu'elle met en lumière. La prépondérance des idées doctrinales est telle que, si l'on veut aboutir à des résultats utiles, il ne suffit plus d'accumuler les faits. Il faut encore se livrer à une étude approfondie de chacune des doctrines, préciser leur véritable signification, envisager leur genèse même, en remontant jusqu'à l'époque où celles-ci ont apparu.

Tout chirurgien qui veut faire œuvre utile devra s'astreindre à ce travail préliminaire, sans lequel il ne peut apprécier la valeur exacte des interprétations divergentes que certains donnent de faits qui paraissent probants. Mais il faut que ceux-ci présentent de sérieuses garanties scientifiques.

Aussi, leur étude doit être soumise à des règles que je me suis depuis

longtemps appliqué à déterminer et dont l'ensemble constitue la méthode chirurgicale en médecine mentale.

Grâce à elle, il devient possible de recueillir une documentation précieuse pour aborder avec fruit l'étude des origines extra-cérébrales de la folie. (Extrait de ma préface. *Recueil de travaux*, 8e volume.)

1. — Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique.
(*Annales médico-psychologiques*, 1893.) (En collaboration avec M. Febvre.)

En 1893, le Dr Febvre, médecin en chef des Asiles, présente à la Société médico-psychologique un cas de délire sympathique que nous avions observé ensemble : un délire survenu au cours d'une psychose chronique (dégénérescence mentale avec troubles de la personnalité) disparaît sous l'influence d'une double intervention chirurgicale : kyste hydatique du ligament large et corps fibreux utérin.

Dans ce cas, les lésions somatiques étaient, il est vrai, postérieures aux premiers symptômes de l'aliénation mentale ; mais, sous l'influence des douleurs physiques liées à l'existence de deux néoplasmes, le délire primitif s'était accru d'interprétations délirantes et de perversions sensorielles ; en somme, un délire partiel sympathique s'était greffé sur les éléments délirants primitifs, délire dont les éléments se modifiaient tour à tour suivant les oscillations de l'état de santé général de la malade.

L'auteur put constater *la disparition totale de toutes les perversions* sensorielles se rapportant aux organes abdominaux ou à la sphère génitale.

Mais, d'autre part, les illusions du goût, les hallucinations de la vue, certains troubles de la sensibilité générale dus probablement à l'interprétation délirante chez une prédisposée ont également disparu. Telle fut l'opinion de l'auteur.

2. — Observation de folie sympathique.

(*Société médico-psychologique*, 26 novembre 1898.)

Il s'agit d'un cas présenté par M. Febvre à la même Société et que j'ai pu suivre avec lui (publié avec réflexions dans mon volume *Psychopathie et Chirurgie*).

Femme présentant des stigmates physiques de dégénérescence avec un état mélancolique qui semblait lié à un état organique (fibrome utérin).

A la suite de l'intervention, *le délire entier a disparu*. Après deux ans, la guérison était complète.

3. — Du rôle de l'intervention chirurgicale et en particulier des opérations gynécologiques dans certaines formes d'aliénation mentale.

(*Société de chirurgie*, 29 mars 1899.)

En 1899, j'ai publié à la Société de chirurgie, avec le Dr Febvre, médecin en chef, une statistique portant sur 17 malades (10 guérisons, 2 états stationnaires, 5 améliorations).

Ces observations sont réparties en trois groupes :

1° Le premier comprend les malades chez lesquels la guérison mentale a évolué parallèlement à la guérison des organes génitaux ;

2° Le deuxième groupe comprend les délires surajoutés à des délires primitifs et développés à la suite d'obsessions hypocondriaques. Sans prétendre à guérir l'état mental, l'opération dissocie les souffrances physiques et morales et met l'organisme à même de lutter ;

3° Le troisième comprend enfin des interventions très simples contre le délire qui ont été faites dans le but d'activer la convalescence mentale.

4. — États psychiques et maladies des voies génito-urinaires de l'homme.

(*Revue de psychiatrie*, juillet 1902.)

Après avoir étudié autrefois, avec mon interne Pelas, les rapports des troubles mentaux avec les affections des organes génitaux de la femme, je me suis appliqué, avec mon interne Colombani, à envisager au même point de vue les affections des organes génito-urinaires de l'homme.

Les chirurgiens spécialistes ont de tout temps signalé des accidents nerveux et variables chez les sujets atteints d'affection des voies urinaires. Or, ces troubles constituent, selon nous, les premiers échelons d'une évolution morbide due à la réaction variable du cerveau vis-à-vis des affections des voies urinaires.

D'après notre observation, cette évolution peut entraîner des désordres graves, parfois irréparables.

Les spécialistes considèrent ceux-ci comme bénins parce que, lorsqu'ils s'aggravent, les malades leur échappent et nous les retrouvons à l'Asile.

Les troubles psychiques seuls intéressent l'aliéniste, les lésions urinaires passent d'ordinaire inaperçues et les malades perdent leur qualité d'urinaires dans le milieu nouveau où ils se trouvent.

La relation entre la lésion physique et le trouble mental reste ainsi méconnue et le malade, au lieu d'être soumis au traitement local nécessaire, est traité selon les indications purement médicales de la thérapeutique psychiatrique.

Un cas personnel intéressant à été le point de départ de cette étude. Homme interné pour alcoolisme. Obsessions dues à un rétrécissement qui cède d'emblée au traitement chirurgical.

L'examen somatique des hommes à l'entrée de l'asile est tout aussi nécessaire que pour la femme.

Il est encore intéressant de noter que le domaine des psychopathies urinaires, que certains auteurs considèrent comme purement psychiques, a beaucoup diminué dans ces derniers temps sous l'influence du perfec-

tionnement des méthode d'examen et de l'étude plus complète des modifications de la composition urinaire.

Dans la deuxième partie de ce travail, j'aborde l'étude des rapports entre les diverses affections des voies urinaires et les états mentaux concomitants.

Jadis, en dehors de la blennorragie et de la syphilis, les faits concernant les autres affections étaient considérés comme des exceptions ou des curiosités cliniques et tous, d'ailleurs, ne concernaient que les malades libres. Je me suis appliqué à généraliser ces données aux seuls aliénés, c'est-à-dire aux malades internés, et à en tirer les déductions utiles à la thérapeutique chirurgicale.

Or, les faits observés par nous démontrent que toute lésion, tout trouble fonctionnel, toute malformation a un retentissement sur l'état moral, en rapport, d'ailleurs, avec la résistance mentale du sujet.

Cette réaction varie pour une même lésion depuis le sujet simplement impressionnable jusqu'au dégénéré héréditaire, et j'ai établi l'échelle de réaction dont le spécialiste connaît les premiers échelons et l'aliéniste le dernier.

La prédisposition héréditaire est toujours nécessaire pour provoquer la réaction mentale. Chez l'homme, les phénomènes dépressifs dominent avec tendance au suicide et à l'hypocondrie : chez la femme la forme mélancolique tient la plus grande place.

Le traitement chirurgical paraît confirmer les rapports que nous indiquons : les faits sont aujourd'hui nombreux qui viennent démontrer leur légitimité.

Je passe successivement en revue les faits qu'il m'a été donné d'observer et ceux plus nombreux signalés par les auteurs (vice de conformation, inflammation de l'appareil urinaire, affections du testicule et du cordon, la varicocèle) et j'insiste en terminant sur les conséquences thérapeutiques.

5. — De la guérison de certains délires à la suite des interventions chirurgicales.

(*Chirurgie des aliénés. Recueil des travaux du service*, 1904, 5e volume.)

Étude statistique portant sur 55 cas de délire guéris à la suite d'interventions diverses. Elle comprend 12 observations nouvelles; les autres ont été publiées dans des travaux antérieurs. Dans ces cas, 23 fois l'infection a été la cause du délire, dont une auto-intoxication d'origine hépatique; 5 fois seulement le délire reconnaissait une autre origine.

6. — De l'hypocondrie symptomatique envisagée au point de vue chirurgical.

(Congrès des aliénistes de Rennes, 1905.)

Dans cette note, je combats la thèse soutenue par Roy au Congrès de Rennes, sur l'hypocondrie symptomatique. J'ai reproduit cette discussion dans mes travaux ultérieurs sur l'hypocondrie. La thèse de l'hypocondrie symptomatique est assurément séduisante pour le chirurgien, mais l'auteur la compromet par des exagérations qui ne laissent que trop de prises aux critiques et le chirurgien ne peut l'accepter : c'est, en effet, une erreur de vouloir embrasser toutes les formes de l'hypocondrie dans une seule et même classe et de leur imposer une pathogénie unique.

En enlevant au terme « symptomatique » le sens précis qu'on lui attribue en clinique, en considérant comme symptomatiques tous les cas d'hypocondrie, l'auteur a créé une illusion dangereuse et la plus regrettable confusion et a enlevé du même coup à sa thèse toute portée scientifique et toute sanction pratique.

7. — Sur les conditions de l'intervention chirurgicale chez les hypocondriaques.

(Revue de psychiatrie, 1906.)

L'hypocondrie est-elle toujours essentielle? Peut-elle dans certains cas dépendre d'une lésion somatique? Tel est le problème dont l'étude fait l'objet de ce travail.

En mettant les faits en regard de la doctrine, on arrive à penser que l'hypocondrie symptomatique est en réalité plus fréquente qu'on ne le pense à l'heure actuelle.

Mais, avant d'aborder ce côté de la question, il m'a paru d'abord utile et intéressant de chercher à mettre d'accord, en dehors de tout esprit doctrinal, l'idée de l'hypocondrie essentielle avec celle de l'hypocondrie symptomatique et à montrer que, si celle-ci existe réellement, elle ne saurait être exclusive de la forme esssentielle.

Certains auteurs ont compris le terme « hypocondrie symptomatique » d'une façon beaucoup trop large. L'hypocondrie essentielle est évidente.

L'examen d'un nombre de malades qui accusaient des souffrances périphériques, m'a permis de constater qu'elles ne répondaient nullement à une lésion médico-chirurgicale.

Parfois, on constate chez un hypocondriaque une lésion somatique précise; or, la valeur pathogénique de celle-ci est méconnue, parce que l'argument décisif de la chirurgie manque ou que les malades sont observés à une époque où ils sont devenus incurables.

Pour étudier, d'autre part, l'hypocondrie symptomatique, il faut envisager les cas où l'idée hypocondriaque constitue tout le délire et laisser de côté les cas où celle-ci n'a que la valeur d'un symptôme au cours d'une maladie bien définie.

Quand, alors, il n'existe pas de substratum anatomique, l'hypocondrie est essentielle. Si celui-ci existe, le chirurgien a le droit de se demander si l'hypocondrie peut disparaître avec la lésion.

C'est la thèse que je défends dans ce mémoire. Je me propose ainsi d'y démontrer à l'aide de l'observation clinique :

1° La coexistence fréquente de la lésion somatique avec l'idée hypocondriaque;

2° Les conditions dans lesquelles la lésion constatée peut dans certains cas entraîner l'idée hypocondriaque;

3° Les faits qui prouvent la disparition simultanée de la lésion et de l'idée hypocondriaque.

Recherche de la lésion. — a) Cas où la lésion est évidente et l'hypocondrie « grossièrement symptomatique »; b) cas où la recherche de la lésion est très difficile. Il est permis de supposer que ces cas ont pu être rangés à tort dans le cadre de l'hypocondrie essentielle.

Chez un malade il m'a fallu huit mois pour découvrir la lésion.

2° *Interprétation de la lésion.* — La lésion est-elle l'origine du délire, question très délicate surtout chez les sujets atteints de maladies des voies urinaires, et cependant c'est un point capital dans les rapports de la chirurgie et de la psychiatrie sur le terrain spécial de l'hypocondrie.

C'est l'appareil génito-urinaire de l'homme et de la femme qui fournit les cas les plus commodes pour cette étude,

Soit un prolapsus utérin ; il faut savoir si les troubles subjectifs sont superposables au degré du déplacement. Les règles qui permettent d'arriver à une connaissance exacte de ces rapports sont basées sur ce que j'ai appelé le *dosage du trouble subjectif* et la connaissance de l'état organique du malade.

Au point de vue du dosage, toute disproportion entre la lésion et les symptômes accusés doivent mettre en éveil l'attention du chirurgien. C'est une véritable étude de physiologie pathologique à faire et qui est féconde en résultats intéressants.

D'autre part certains états viscéraux donnent lieu à des phénomènes douloureux que le malade met sur le compte d'un déplacement léger de l'utérus par exemple.

Mode de formation et évolution de l'idée hypocondriaque. — La lésion ne peut réagir pathologiquement que sur un cerveau pathologique. Il faut une prédisposition cérébrale exagérée parfois sous l'influence de certains facteurs purement intellectuels.

Par contre, la déchéance physique qu'entraînent certaines affections

(épuisement par hémorragies, défaut de nutrition, etc.) est susceptible d'aggraver l'état de déchéance mentale et par cela même d'ajouter un facteur nouveau à la prédisposition cérébrale du sujet.

Il y a là, comme on le voit, un point bien intéressant pour le chirurgien, puisque dans ces conditions il devra s'appliquer à dissocier les souffrances physiques et morales en supprimant les premières.

La question du terrain étant fixée (prédisposition héréditaire ou acquise) j'ai étudié les caractères de l'analyse mentale normale et de celle qui est à la base de l'idée hypocondriaque.

Les limites des deux modes d'analyse sont délicates à établir; on peut toutefois tenir l'analyse pour légitime :

1° Quand elle porte sur une lésion nettement définie;

2° Quand les préoccupations du malade sont bien en rapport avec la gravité qu'elle présente ou le degré de son évolution et quand elle n'affecte pas la forme d'une obsession angoissante s'imposant à l'esprit d'une façon si impérieuse qu'elle ne laisse plus de place au raisonnement.

Quant à l'évolution de l'idée hypocondriaque, elle intéresse le chirurgien, car elle est de nature à expliquer les divergences qui existent au point de vue de la curabilité de certaines formes de l'hypocondrie.

Les chirurgiens considèrent comme bénignes les psychopathies urinaires, parce qu'ils observent celles qui n'évoluent pas ou rétrocèdent sous l'influence du traitement.

Les aliénistes les considèrent au contraire comme incurables parce qu'il n'observent que celles qui aboutissent à l'asile.

Il est enfin, des éléments extrinsèques qui occupent dans la formation de l'idée hypocondriaque un rôle plus ou moins important : l'influence de l'entourage et spécialement du médecin. L'attitude de celui-ci, sa manière de procéder à l'examen peuvent dans certains cas fournir au délire un aliment important; c'est ce qui a conduit Dubois, de Berne, à proscrire tout examen chez les hypocondriaques, opinion que je n'ai cessé de combattre parce qu'elle conduit aux pires conséquences thérapeutiques.

Je me suis appliqué, à ce propos, à fixer les règles de l'examen chez l'hypocondriaque (Étude de psychologie pathologique).

Je cite plusieurs cas de ma pratique.

Dans la dernière partie de ce travail, je donne les résultats obtenus chez les hypocondriaques par l'intervention chirurgicale (statistique de 23 cas).

Ce travail est suivi d'une addendum comprenant 8 observations personnelles qui démontre encore l'influence du médecin sur la production et la persistance des accidents.

8. — Psychothérapie et psychothérapeutique chirurgicale.

(*Revue de psychiatrie*, 1907.)

Le but de ce Mémoire est de chercher si la psychothérapie intéresse seul le médecin, et si celle-ci ne peut trouver son application en chirurgie générale et lui rendre des services.

Pour éviter toute confusion, je laisse de côté tout malade présentant un état cérébral caractérisé avant le moment où il se présente au chirurgien. Les malades que j'envisage ne sont donc pas des aliénés mais des malades sains d'esprit en apparence du moins, qui présentent un état psychopathique en même temps que l'affection chirurgicale. Les rapports que la psychopathie présente avec celle-ci sont susceptibles de varier. Dans une première catégorie la psychopathie reste indépendante d'elle et elle peut lui survivre pendant un temps plus ou moins long. Son caractère est d'apparaître en dehors de tout état fébrile.

Dans une deuxième, au contraire, elle est en rapport direct avec la lésion et doit disparaître avec elle si au moment où le chirurgien l'observe pour la première fois elle n'est pas arrivée à la période d'incurabilité. Contrairement à la précédente, cette forme est souvent liée à un état fébrile. Ces deux formes se confondent souvent. A la première (psychopathie minor) les formes que j'y renferme sont justiciables de la psychothérapie supérieure de Grasset; à la deuxième (psychopathie major) j'oppose la psychothérapeutique chirurgicale.

L'affection chirurgicale constitue l'élément chirurgical de la psycho-

pathie et la pathologie chirurgicale devient la base de la psychothérapeutique.

Dans un deuxième chapitre, j'envisage les états psychopathiques que l'on rencontre dans les deux catégories précédentes.

En ce qui concerne les psychopathies minor, j'en décris les variétés, et la pathogénie. Je cite un cas personnel. La thérapeutique qui leur convient ne présente rien de spécial. Elle a, comme en neurologie et en psychiatrie, le même objet et les mêmes moyens d'action.

Les psychopathies major présentent, contrairement aux précédentes, des rapports intimes avec l'affection chirurgicale.

Ces rapports sont de trois ordres :

1° Tantôt la psychopathie est primitive et réagit sur une lésion somatique concomitante (cas personnels);

2° Tantôt elle est secondaire et procède d'une lésion génératrice toujours éloignée des centres nerveux et qui siège tantôt dans la continuité des membres, tantôt dans les viscères profonds (cas personnels);

3° La psychopathie est encore secondaire mais elle émane d'une lésion traumatique des centres nerveux.

Cette distinction est parfois délicate à faire pour les lésions qui ne sont pas liées à l'infection. Bien des points restent à élucider dont nous poursuivons l'étude au Pavillon.

Quoi qu'il en soit, l'étude de ce rapport constitue un nouveau et intéressant chapitre de pathologie générale chirurgicale et conduit à la psychothérapeutique chirurgicale qui en est l'aboutissant.

9. — Du traitement rationnel du délire systématisé à forme zoopathique.

(Société médico-psychologique, février 1908.)

Ce travail est basé sur un cas de délire de possession chez une malade atteinte d'une affection de l'estomac : une opération simulée avait été pratiquée sans résultats. Une pylorectomie amena la disparition du délire pendant sept mois, mais le délire a reparu. A l'occasion de ce cas, j'étudie

tous les faits analogues publiés dans la science, et je montre, malgré la récidive éloignée, l'intérêt doctrinal qui s'attache à l'observation actuelle.

10. — Note sur la formation des idées et spécialement de l'idée délirante de possession. Psychothérapie et essai de rééducation mentale après une pylorectomie.

(*Chirurgie des aliénés. Recueil des travaux*, 7e volume, 1907.)

Dans ce deuxième travail, je me propose d'étudier, à propos de la précédente maladie, le mode de formation de l'idée délirante de possession et le procédé de rééducation mentale après l'intervention. C'est un essai de Psychologie pathologique.

11 et 12. — De l'origine périphérique de certains délires.

(*Société médico-psychologique*, 1908.)

Première communication : **Cénesthésie et somatisme.** — Deuxième communication : **Examen des faits**, 1909. (Discussion par Vigouroux, Arnaud, Vallon, Sollier.)

Dans cette communication qui a été le point de départ d'une importante discussion à la Société médico-psychologique en 1909, j'ai défendu la doctrine de l'origine périphérique de certains délires qui est liée intimement à l'avenir de la chirurgie des aliénés.

J'ai fait successivement deux communications sur le sujet. Dans la première (cénesthésie et somatisme), j'ai admis en principe qu'il fallait un terrain de prédisposition pour engendrer un délire quelle qu'en soit l'origine et que la lésion somatique était la graine qui faisait germer le délire sur ce terrain.

J'ai montré comment au siècle dernier, la folie sympathique défendue par Loiseau avait sombré sous des influences d'école et les idées philosophiques régnantes et comment aujourd'hui l'hypocondrie symptoma-

tique soutenue en France et en Allemagne était également combattue au nom de doctrines étrangères. Étude particulière de la cénesthésie.

Dans une deuxième communication (examen des faits) je montre qu'à l'heure actuelle on peut lui fournir utilement un appui clinique et lui apporter en outre le contrôle de la chirurgie.

J'étudie spécialement les divers arguments qui ont été invoqués contre l'action de l'intervention chirurgicale de la guérison de certains délires (coïncidence de l'acte opératoire avec la guérison du délire, absence ou retard de la guérison mentale après l'opération, récidive du délire après l'intervention).

13. — En collaboration avec M. Leroy. **Confusion mentale hallucinatoire et tuberculose iléo-cæcale. Intervention chirurgicale. Guérison.**

(*Société clinique de médecine mentale,* 19 juillet 1909.)

Cas observé avec M. Leroy, médecin en chef, et présenté par lui à la Société clinique de médecine mentale.

Ce fait de guérison rapide qui permet d'affirmer d'une façon précise la corrélation de l'état mental et de la lésion du cæcum ne diminue pas l'importance de la doctrine de la dégénérescence mentale héréditaire.

Il faut toujours tenir compte dans les délires de la graine et du terrain, de la maladie et du malade. Ce cas du reste n'est pas isolé, j'en ai publié d'autres et il est impossible d'admettre la coïncidence.

La récidive, si elle survient pour d'autres causes chez cette malade prédisposée, ne peut amoindrir le résultat obtenu par le chirurgien.

14. — Des déviations utérines : importance des données de la psychiatrie dans l'étude des indications thérapeutiques.

(*Académie de médecine,* 3 janvier 1911. Rapport de M. Richelot.)

Les chirurgiens préconisent l'intervention dans tous les cas de déviation utérine simple.

Quand celle-ci s'accompagne de douleurs, elle est expliquée par l'hypothèse de lésions ignorées des annexes et l'intervention permet l'exploration du petit bassin.

Quand elle est indolente, l'intervention est également conseillée pour prévenir les complications infectieuses que certains auteurs considèrent comme possibles dans l'avenir.

Ainsi comprise cette thérapeutique donne des résultats satisfaisants, mais parfois réserve au chirurgien des déceptions.

Or la psychiatrie explique d'une façon rationnelle les faits en apparence paradoxaux de la chirurgie et les résultats variables de l'intervention.

Dans l'histoire des déviations utérines, l'influence des psychopathies semble plus accusée peut-être que dans d'autres affections.

Beaucoup de malades atteintes de déplacement utérin sont en effet des hystériques ou des hypocondriaques et les douleurs qu'elles éprouvent ont très souvent une origine cérébrale, et c'est ainsi que la connaissance de ces états pathologiques permet de comprendre certains faits dont l'interprétation était restée jusqu'ici incomplète.

Elle explique, en outre, comment l'intervention peut dans certains cas exercer une action défavorable sur l'état cérébral du sujet, en réveillant des états cérébraux latents et c'est ainsi que j'ai été amené, contrairement à l'opinion généralement admise, à considérer comme exceptionnelles les indications opératoires dans les cas de déviation utérine chez les psychopathes et j'estime que l'intervention dans ces conditions est susceptible de fournir le contingent le plus grand aux psychoses post-opératoires.

C'est dans les cas où la psychothérapie peut rendre les plus grands services que j'ai pu constater, dans bien des circonstances, ses avantages quand on l'emploie d'une façon méthodique. J'en ai rapporté un cas intéressant, mais elle ne saurait réussir chez tous les malades; les psychoses confirmées échappent à cette thérapeutique.

15. — Du rôle de la chirurgie en psychiatrie, à propos d'une communication de M. Legras.

(*Société clinique de médecine mentale*, 20 février 1911. Discussion.)

Deux fois, en 1911, je suis revenu sur cette question à la Société clinique de médecine mentale.

D'abord à propos d'un cas présenté par Legras, d'une malade albuminurique qui présentait de la confusion mentale avec délire onirique et qui a guéri par le traitement médical, je demandai qu'on supprime la barrière qu'on maintient abusivement entre la thérapeutique médicale et chirurgicale.

16. — Accès maniaque survenu chez une femme récemment accouchée. Curettage suivi de guérison. Présentation de la malade.

(*Société clinique de médecine mentale*, mars 1911.)

A la séance de mars, je présente une femme atteinte d'accès maniaque survenu chez une femme récemment accouchée et guérie par le curettage.

Cette observation montre la corrélation qui existe entre la suppression d'un foyer infectieux et la disparition du délire.

Je combats à ce propos l'argument de la coïncidence. Certes les accès maniaques guérissent spontanément et la coïncidence peut être invoquée.

Mais parfois aussi les foyers infectieux peuvent s'éteindre spontanément : dès lors quand un accès maniaque disparaît seul, on n'est pas autorisé à dire qu'il s'est développé en dehors de l'infection.

Dans le cas actuel, l'argument de la coïncidence a contre lui la rapidité avec laquelle a disparu l'accès maniaque.

17. — En collaboration avec M. Capgras. **Confusion mentale et appendicite. Guérison par l'intervention.**

(*Société de psychiatrie*, 1911.)

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre l'influence sur le cerveau des infections chroniques d'origine intestinale.

L'évolution de l'affection physique avant et après l'opération y est exactement notée et l'on voit nettement la guérison mentale succéder à l'amélioration physique.

On ne peut donc admettre dans ce cas une coïncidence trop souvent invoquée : l'action de la chirurgie sur le trouble mental paraît indiscutable.

Je m'applique, d'autre part, à expliquer dans ce cas le retard qu s'est produit entre l'opération et la guérison définitive.

Cette observation est intéressante encore pour l'interprétation de certaines formes de psychoses post-opératoires.

Le trouble mental qui a éclaté après l'ablation de l'ovaire, qui avait été pratiquée par suite d'une erreur de localisation de la douleur, aurait pu être considéré comme lié à cette opération ! tout au contraire il est, chez cette malade, l'expression de l'infection chronique due à une appendicite méconnue.

18. — Prostatite chronique et délire mélancolique. Guérison à la suite de la prostatectomie.

(*Société de psychiatrie*, 1912.)

L'observation rédigée par M. Juquelier, dans sa partie mentale, est celle d'un malade qui, au cours d'une prostatite chronique d'origine blennorragique, est atteint de délire mélancolique avec préoccupation hypocondriaque et guérit à la suite de l'opération.

L'hypocondrie est-elle essentielle ou symptomatique et développée sur un terrain plus ou moins préparé par l'hérédité ?

La suppression de la lésion peut seule en fournir la solution.

Or, dans le cas d'une hypocondrie symptomatique celle-ci peut devenir incurable si l'affection dont elle dérive se prolonge, et c'est ainsi que l'aliéné donne à envisager des indications opératoires spéciales.

Telle affection, en effet, qui chez un malade ordinaire peut être traitée par les moyens ordinaires de la thérapeutique courante, exige chez l'aliéné une intervention et c'est ainsi que j'ai pratiqué chez ce malade une intervention chirurgicale, que je n'aurais jamais songé à pratiquer chez des malades d'hôpital.

Il faut opposer ce fait à ceux dans lesquels on interviendrait que ordinaire, mais qui imposent l'abstention chez l'aliéné, pour comprendre combien la chirurgie des aliénés diffère au point de vue des indications et contre-indications de la chirurgie ordinaire.

19. — A propos des psychopathies génitales.

(*Société obstétricale*, octobre 1911.)

Je rappelle dans un historique rapide l'évolution de la doctrine des origines extra-cérébrales de la folie, et les raisons de son discrédit au cours du XIXe siècle.

Le problème peut être repris aujourd'hui à l'aide d'éléments nouveaux.

L'école psychiatrique actuelle a ouvert la voie en reconnaissant, à certaines formes de la folie, une origine périphérique.

La chirurgie peut lui prêter sur ce terrain un concours utile, mais elle doit s'appuyer sur une méthode rigoureusement scientifique.

En ce qui concerne les relations de l'utérus avec le délire, la question doit être posée de la façon suivante :

1° La fréquence des affections gynécologiques chez la femme aliénée ne saurait être niée. J'ai pu fixer cette proportion à 89 pour 100.

Mais cette fréquence n'entraîne pas un rapport de causalité et le chirurgien doit tenir le plus grand compte des données de la psychiatrie.

Or, c'est méconnaître celles-ci que de croire avec certains gynécologistes, que toujours à la base de la folie existe une lésion utérine et que

lorsque celle-ci n'a pas été constatée, c'est qu'elle a été mal recherchée.

Pour simplifier l'étude de ce problème compliqué, je laisse de côté les troubles fonctionnels de la menstruation, pour n'envisager que les cas où il existe des lésions nettement constatables.

D'autre part si l'on peut après les opérations pratiquées sur l'utérus et les annexes expliquer les insuccès opératoires au point de vue mental par la chronicité des cas observés et les insuffisances de technique, c'est une erreur de dénoncer l'action provocatrice des opérations mutilantes de la chirurgie.

Une longue pratique de gynécologiste et de chirurgien aliéniste m'a permis d'établir que lorsque l'utérus contient des éléments susceptibles de provoquer une réaction du côté du cerveau, l'extirpation totale ou partielle du cerveau suffit à la faire disparaître en totalité.

Mais pour établir la valeur des guérisons obtenues et juger ainsi la question des rapports entre la lésion utérine et le trouble mental, il faut fixer leur durée et préciser les formes mentales observées.

Il est incontestable que dans les formes primitivement cérébrales, l'intervention ne peut que les aggraver en déterminant l'apparition des psychoses post-opératoires.

Aussi l'intervention préconisée à l'étranger ne saurait se défendre : il faut dans tous les cas fixer les indications et contre-indications opératoires d'ordre mental.

En ce qui concerne les hystériques, il faut distinguer l'hystérique simple de l'hystérique délirante.

Pour les premières, il convient de se montrer très réservé et se borner le plus souvent à la chirurgie d'urgence.

La statistique italienne d'Angelucci est bien intéressante à cet égard.

Au point de vue de la pathogénie des troubles cérébraux d'origine périphérique, aucune des théories admises jusqu'ici n'est recevable.

J'ai, pour ma part, insisté tout particulièrement sur le rôle de l'infection et indiqué les deux mécanismes qui permettent d'expliquer son action sur la production des troubles cérébraux.

C'est là une notion très contestée à notre époque, mais que démontre la chirurgie dans les conditions que j'ai indiquées.

D'ailleurs, la chirurgie générale permet de lui donner toute sa valeur et de solutionner la question de la subordination des troubles mentaux aux lésions des organes génitaux chez la femme.

20. — Psychothérapie et psychothérapeutique chirurgicale.

(*Académie de médecine*, 23 avril 1912.)

Sous le titre de Psychothérapie et Psychothérapeutique chirurgicale, je désigne une thérapeutique chirurgicale spéciale au traitement de certaines psychoses et j'étudie dans ce travail ce que doit être cette thérapeutique et à quelles psychoses elle s'applique.

De même qu'à la base de certaines psychoses, il peut exister un trouble viscéral dont la guérison par le traitement médical est susceptible de guérir en même temps la psychose, de même on peut y observer une lésion d'organes ou de tissus qui relève de la thérapeutique chirurgicale et dont la suppression peut aboutir à un résultat analogue.

Tel est le but de la psychothérapeutique chirurgicale qui peut ainsi devenir une branche utile de la thérapeutique des maladies mentales.

Dans la psychothérapeutique chirurgicale, l'intervention représente l'acte principal.

Elle doit être pratiquée d'une façon spéciale aidée de certaines pratiques qui constituent des actes secondaires, indispensables.

La psychothérapie y tient une place importante. Les méthodes opératoires qui s'offrent au chirurgien doivent être chez l'aliéné envisagées dans leurs rapports avec certaines formes de psychopathie.

En m'appuyant sur les faits de ma pratique, j'ai démontré que les méthodes palliatives qui créent des infirmités permanentes (fistules urinaires ou stercorales) doivent être évitées chez les mélancoliques et les hypocondriaques.

Au point de vue des opérations curatives, le choix pour une même affection est encore subordonné à la forme mentale.

A cet égard, les traitements de longue durée qui exigent un alitement

prolongé, sont mal supportés par les malades et doivent être rejetés (traitement dit conservateur).

La technique même doit varier pour un même mode d'intervention d'après les mêmes conditions.

Quant à la psychothérapie, je me suis appliqué à montrer son rôle avant et après les opérations. Son but doit être curatif ou prophylactique. J'en ai étudié les moyens et insisté sur la rééducation de l'esprit après les interventions chirurgicales chez les hypocondriaques (étude de Psychologie pathologique).

L'étude des soins spéciaux qu'il faut donner aux psychopathes opérés, occupe une place dans ce travail : leur importance est grande pour éviter les accidents si fréquents chez ces malades.

A ce point de vue, j'ai envisagé la question si délicate de la contention mécanique, montré dans quels cas il fallait y recourir pour assurer le résultat opératoire et fixé les conditions de son application chez les opérés.

21. — Psychopathies symptomatiques.

(*Acad. de méd.*, 30 juillet 1912.)

Dans cette étude, je me suis proposé d'appliquer quelques-uns des principes de la méthode chirurgicale que j'ai introduite en médecine mentale, à l'étude des psychopathies génitales et de montrer combien il est important de s'appuyer sur une base rigoureusement scientifique pour vérifier l'existence de ces psychopathies et fixer la doctrine et aussi pour éviter dans la pratique des illusions désastreuses.

Des nombreuses variétés de psychoses génitales, je n'ai envisagé que la folie sympathique qui, très combattue en France, jouit à l'étranger d'une réelle faveur.

La doctrine qui subordonne certains délires à l'état de l'utérus a donné parfois lieu à des abus regrettables : aussi convient-il de discuter la valeur des arguments invoqués par les partisans d'une relation étroite entre le cerveau et l'utérus sur le terrain pathologique,

puis de fixer le mécanisme de ces rapports en s'appuyant sur les données de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique.

La relation des troubles menstruels avec le délire a été constatée de tout temps, et peut fournir des arguments en faveur du rôle de l'utérus en tant qu'organe, dans la production des troubles mentaux.

Or, j'ai pensé que pour simplifier un problème déjà très complexe et aboutir à une solution rigoureusement scientifique, il était indispensable de laisser de côté les cas précédents où l'on n'observe que des troubles fonctionnels pour envisager exclusivement ceux où l'on retrouve, dans la zone génitale, un substratum organique nettement appréciable, qu'il y ait ou non des troubles menstruels concomitants.

C'est le point de vue pathologique qu'il convient d'opposer selon moi au point de vue physiologique.

Les partisans de l'origine utérine du délire invoquent encore la fréquence des affections de l'utérus chez les psychopathes.

De fait les femmes internées présentent dans une très forte proportion des lésions de l'appareil génital. J'ai publié des statistiques très convaincantes à cet égard.

Or ces chiffres indiquent un rapport de fréquence et non de causalité.

Pour déterminer la prédominance des maladies utérines chez les psychopathes, il faudrait pratiquer d'une façon systématique l'examen des organes génitaux chez un certain nombre de femmes à l'hôpital et comparer le résultat. On conçoit qu'une enquête de ce genre soit impossible à faire.

Certains cliniciens affirment à tort que les lésions utérines sont constantes chez les psychopathes. Or si la proportion de celles-ci est considérable, il n'en est pas moins vrai qu'il est des malades chez lesquelles l'appareil génital est absolument indemne.

La thérapeutique chirurgicale vient-elle au moins confirmer par ses résultats l'existence des psychopathies d'origine utérine.

Or pour que l'argument de la guérison ait une valeur scientifique, il faut que celle-ci se présente dans les conditions que j'ai marquées dans ma communication antérieure sur la méthode chirurgicale. Il faut en outre qu'elle soit vérifiée par un psychiatre.

Les observations publiées jusqu'ici remplissent rarement ces conditions.

Or dans les cas très nombreux où le trouble mental n'est pas sous la dépendance de la lésion périphérique la pratique des interventions systématiques acceptées par quelques-uns ne peut qu'aboutir à des aggravations ou à des échecs.

L'aggravation se produit sous la forme de psychoses post-opératoires.

Les échecs sont expliqués par les chirurgiens soit par une technique défectueuse, soit par l'évolution trop avancée de la maladie. Certains invoquent encore l'influence des grandes opérations mutilantes de la gynécologie auxquelles ils opposent les divers procédés de la chirurgie conservatrice.

Ils admettent alors que toutes les causes qui sont susceptibles d'avancer l'évolution ménopausique favorisent l'auto-intoxication et les troubles psychiques consécutifs.

Il en résulterait que l'utérus peut tout à la fois provoquer par ses lésions des troubles mentaux et fournir par sa présence une psychose spéciale devenant ainsi le véritable régulateur de l'équilibre mental.

Or, en m'appuyant sur les résultats de mon expérience j'estime que la suppression de l'utérus loin de provoquer ces troubles peut exercer dans certains cas une action bienfaisante, en faisant disparaître ceux à qui les lésions de son parenchyme ont pu donner naissance.

Pour bien comprendre cette action il convient tout d'abord de fixer le mécanisme selon lequel une lésion de l'appareil génital provoque ou entretient un trouble mental.

Aux anciennes doctrines, j'ai substitué la notion de l'infection.

Cette notion très vivement combattue fournit cependant une contribution importante à la doctrine des origines extra-cérébrales du délire et élargit ainsi le cadre étiologique du délire.

Elle enlève en même temps à l'utérus un privilège naguère considéré comme exclusif. Elle le partage désormais avec tous les organes et tissus atteints d'infection.

La chirurgie démontre que l'infection constitue entre l'utérus et le cerveau le lien pathologique le mieux établi.

La thérapeutique confirme ces rapports (thèse de mon interne Latapie).

D'autre part la ménopause artificielle peut-elle entraîner, comme on l'a affirmé, l'apparition de nouveaux troubles mentaux : or si l'on tient compte de la pathogénie des pyschoses post-opératoires on peut affirmer que les conséquences sont nulles au point de vue cérébral.

J'ai étudié à ce point de vue avec mon collègue Briand 450 femmes internées : c'est en effet à l'asile qu'il convient de rechercher les résultats des grandes opérations au point de vue mental. J'en ai trouvé 7 sur lesquelles nous devons éliminer 2 paralytiques générales. Des 5 autres, il n'en est qu'une seule chez laquelle on peut admettre l'influence de l'acte opératoire.

Sur cette même série (450 malades) j'ai également recherché les cas de folie consécutive à la ménopause spontanée (je n'en ai trouvé que 3 cas).

Il résulte donc de cette enquête que les psychoses post-opératoires n'existent pas dans les asiles et que les cas de folie ménopausique y sont exceptionnels.

C'est ainsi que la psychiatrie vient solutionner un des problèmes les plus troublants de la chirurgie abdominale.

22. — Du mégacolon envisagé au point de vue mental.

(*Société de Chirurgie*, 1912.)

C'est une étude de chirurgie pure faite à propos d'un cas opéré au Pavillon. Il nous a paru intéressant de la comprendre dans ce groupe, parce que les infections intestinales, dépendant du mégacolon, peuvent être le point de départ de troubles mentaux.

23. — Ectopie rénale et troubles mentaux.

(*Soc. de psychiatrie*, juin 1913.)

La corrélation du rein mobile et des troubles mentaux a été établie sur la prétendue fréquence du rein mobile chez les aliénés et l'hypothèse d'une

toxémie d'origine mécanique a paru la confirmer. Or les recherches que nous avons faites chez les aliénés semblent démontrer tout d'abord que la fréquence du rein mobile a été très exagérée (583 malades 3,48 pour 100).

D'autre part l'hypothèse pathogénique invoquée par les auteurs est contraire aux acquisitions scientifiques actuelles.

L'altération des 2 reins, que celle-ci soit primitive ou consécutive au déplacement, doit être considérée comme la condition essentielle du délire d'origine rénale. Dès lors, la fixation du rein ne peut avoir qu'un rôle prophylactique.

Si l'opération, ce qui d'ailleurs est loin d'être démontré, peut prévenir les altérations durables du parenchyme elle reste sans action sur le délire dont l'apparition est subordonnée à l'existence de lésions bilatérales.

Elle peut en outre devenir dangereuse en raison de l'anesthésie chirurgicale que ces lésions contre-indiquent habituellement. Seule la thérapeutique médicale en modifiant le fonctionnement rénal peut dans certains cas amener la cessation du délire.

Avant tout essai de doctrine, nous devons demander à la clinique la connaissance des formes mentales qu'on rencontre chez les malades atteints du rein mobile. Or celles-ci sont bien différentes de celles du mal de Bright auxquelles on a voulu les assimiler.

Les formes toxiques s'y observent rarement et quand elles existent, elles se rattachent ordinairement à l'alcoolisme.

La suppression de l'alcool suffit alors à les faire disparaître. Les formes mélancoliques sont au contraire fréquentes. Il n'est pas démontré qu'elles soient toujours subordonnées au déplacement du rein comme le croient certains auteurs.

A les étudier de près on reconnaît facilement qu'il en est parmi ellés qui sontindépendantes du prolapsus rénal. De celles-ci, les formes intermittentes peuvent disparaître spontanément après l'intervention.

Les autres cèdent à l'alitement prolongé auquel les opérateurs étrangers condamnent leurs malades.

On ne saurait donc rattacher dans tous les cas à la fixation du rein les résultats favorables qui ont été signalés. Quant à l'intervention systématique

préconisée à l'étranger, on ne saurait trop la repousser. Dans les formes indépendantes, elle ne peut qu'être néfaste au point de vue mental.

Quoi qu'il en soit des réserves que nous venons de formuler, le rein mobile peut, dans certaines formes mentales dérivant de l'hystérie ou de l'hypocondrie, donner lieu à des indications utiles.

24. — Des indications opératoires chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal.

(Congrès du Puy, 1913. Rapport.)

Dans ce rapport qui m'a été confié par le Bureau du Congrès des aliénistes, je me suis surtout appliqué à soumettre au Congrès les principes qui m'ont guidé et aussi la méthode de travail que j'ai adoptée dès le début de ces recherches.

J'ai tout d'abord montré qu'il convenait au point de vue des indications opératoires de comprendre tous les psychopathes internés ou non c'est-à-dire les malades d'asile et d'hôpital.

En deuxième lieu, j'ai indiqué les règles à suivre dans l'observation des malades et rappelé l'utilité de la méthode chirurgicale en médecine mentale (précédemment exposée).

Enfin j'ai insisté sur l'utilité de l'étude des contre-indications opératoires chez les aliénés ; celle-ci doit en effet précéder chez les psychopathes celle des indications opératoires.

Abordant l'étude des indications, j'ai cru nécessaire d'entrer dans quelques développements historiques, de soumettre à la critique les opinions des auteurs, et d'examiner de près les résultats qu'ils nous présentent.

C'est ainsi que j'ai successivement et longuement étudié les tentatives faites en Amérique et en Italie pour combattre les troubles mentaux par le traitement des maladies utérines, celles faites dans le même but à Birmingham contre le rein mobile et celles enfin préconisées par l'École lyonnaise contre le goitre.

Cette étude démontre combien les questions doctrinales, les défauts de méthode et souvent aussi l'ignorance des opérateurs en psychiatrie ont obscurci et retardé la question des indications opératoires chez les aliénés.

Celles-ci ne peuvent être établies que si l'on a tout d'abord démontré les deux propositions suivantes :

1° L'origine du délire peut, dans certains cas, être extra-cérébrale : c'est le postulat fondamental à la chirurgie des aliénés.

2° Une lésion périphérique donnant lieu par elle-même à une indication chirurgicale est-elle bien dans un cas particulier la cause du délire qui l'accompagne ou au contraire indépendant de celui-ci.

Quand ce rapport aura été démontré, le chirurgien pourra alors poursuivre le délire dans son foyer extra-cérébral c'est-à-dire qu'il lui sera permis, à côté de l'indication chirurgicale (condition essentielle), d'envisager une indication nouvelle qui constituera l'indication opératoire chez l'aliéné.

Celle-ci constitue donc une indication causale qui vise la suppression d'une lésion véritable considérée comme génératrice du délire.

Étude des lésions périphériques infectieuses et non infectieuses susceptibles de provoquer le délire.

La deuxième proposition est encore à vérifier; une lésion périphérique donnant lieu par elle-même à une indication chirurgicale est-elle bien, dans ce cas particulier, la cause du délire qui l'accompagne ou au contraire indépendante de celui-ci?

J'indique, en m'appuyant sur ma pratique, les cas encore peu nombreux où l'on peut établir cette corrélation.

Dans le chapitre suivant, j'étudie les prédispositions héréditaires ou les terrains pathologiques (spécialement l'hystérie et l'hypocondrie) et les indications opératoires spéciales qui en découlent.

Quand l'indication opératoire est posée il faut, ainsi que je l'ai dit au début de l'exposé de mes travaux, tenir compte de la méthode thérapeutique et de la technique opératoire qui sont susceptibles de varier pour une même affection selon la forme mentale en présence.

A la fin de ce rapport j'ai envisagé les indications opératoires au point de vue médico-légal et reproduit mes premiers travaux sur la question (voir groupe 2).

25. — Hystérie et chirurgie.

(Académie de médecine, 1915.)

Au début de la chirurgie abdominale les chirurgiens recherchaient, par l'extirpation des annexes, la guérison de l'hystérie mais ces interventions ont trompé les espérances de ceux qui les avaient préconisées. Elles sont abandonnées aujourd'hui.

Les médecins d'autre part estiment, d'une façon générale, que l'intervention chez les hystériques pour des affections siégeant en dehors des organes génitaux a les plus grandes chances d'améliorer l'hystérie. Je pense pour ma part que les indications opératoires sont fort délicates à établir et le but principal de ce travail est de préciser les conditions mêmes de l'intervention chirurgicale, conditions qui n'ont guère été envisagées jusqu'ici.

Sous quelle forme doit se présenter chez l'hystérique la question des indications ?

Tout d'abord le chirurgien doit tenir compte des contre-indications opératoires d'ordre mental comme chez tous les psychopathes.

Une double question se pose ainsi : 1° En dehors des cas où la vie est menacée à brève échéance peut-on opérer une hystérique sans crainte d'aggraver l'état préexistant?

2° Que peut faire en outre la chirurgie sur l'hystérie elle-même ou ses manifestations périphériques?

Mais pour résoudre ces questions, il faut définir l'hystérie et fixer ses limites.

Le chirurgien doit tout d'abord connaître le terrain hystérique et les conditions générales qui y favorisent l'éclosion d'une série de réactions psycho-physiologiques.

Ce qu'il importe surtout de retenir des retentissantes discussions, sur

ce sujet, c'est que le terrain hystérique est un terrain pathologique, (contrairement à quelques auteurs) et que les diverses réactions qui s'y produisent sont également pathologiques.

Parmi ces dernières, deux intéressent spécialement le chirurgien. D'abord c'est la douleur qui reconnaît le plus souvent pour point de départ la suggestion médicale inconsciente qui est également à la base des grands symptômes de l'hystérie.

Je publie l'observation d'une malade de mon service de Lariboisière, extrêmement intéressante à ce point de vue.

Il s'agissait d'une hystérique à stigmates, qui présentait un point douloureux dans la fosse iliaque ; un médecin et un chirurgien des hôpitaux refusaient de l'opérer, croyant à une douleur hystérique.

Je pratiquai l'intervention qui me montra un appendice malade. J'indique les raisons qui m'ont conduit au diagnostic vrai. La malade guérit.

Le deuxième mode de réaction qui intéresse le chirurgien est tout différent. Telle affection évolue silencieusement dans les conditions ordinaires. L'hystérie amplifie ceux-ci, les dénature et peut déterminer ainsi une symptomatologie bruyante.

Cette notion est très importante à connaître dans la question des appendicites hystériques.

L'hystérie peut-elle, en effet, créer de toutes pièces cette symptomatologie sans qu'il y ait un substratum organique comme le pensent quelques auteurs : une lésion anatomique est-elle nécessaire?

Question grave puisque sa solution conduit à l'abstention ou à l'intervention.

En m'appuyant sur mes observations personnelles et l'analyse des observations publiées par les auteurs, je crois que l'hystérie ne peut créer un syndrome fonctionnel sans substratum anatomique, et je conclus donc à l'intervention.

Je cite deux cas personnels qui me paraissent probants.

Grâce aux notions précédentes, il sera toujours possible de faire le départ entre les cas où il faut s'abstenir et ceux ou l'on peut intervenir sans crainte de s'exposer à une erreur de diagnostic.

Débarrassée de toutes les questions qui la compliquent l'étude des indications opératoires chez les hystériques présente une réelle simplicité.

1° En dehors des cas où la vie est menacée à brève échéance peut-on opérer une hystérique sans crainte d'aggraver l'état mental? (première question posée).

Il faut tout d'abord tenir compte des réactions psychiques plus ou moins marquées selon les malades et éviter, chez celles qui présentent de grandes réactions, les opérations susceptibles de provoquer l'apparition des réactions mentales pathologiques.

2° Que peut faire en outre la chirurgie sur l'hystérie elle-même ou sur ses manifestations périphériques? (deuxième question).

A ce dernier point de vue, l'intervention peut supprimer, en même temps qu'une lésion bien nettement définie, les manifestations fonctionnelles du côté local et cérébral.

Mais quant à l'action de la chirurgie sur le terrain hystérique lui-même, aucun fait n'autorise à l'admettre encore.

Nota. — J'ai, dans ce travail, indiqué l'évolution que j'ai faite depuis le début de mes études sur les hystériques.

VIII

TRAVAUX DIVERS SUR LA CHIRURGIE DES ALIÉNÉS

1. — Lucien Picqué. **Des indications opératoires chez les aliénés.**

(*Bulletin médical*, 12 juillet 1899.)

Dans cette courte étude, je résume une série de travaux antérieurs.

Droit du médecin, à ne pratiquer que les opérations urgentes sans le consentement des familles et l'autorisation du médecin aliéniste si le malade est à l'asile.

Étude des contre-indications opératoires basées sur l'état mental du malade et la nature des lésions.

2. — Lucien Picqué et Febvre. **Du rôle de l'hygiène et de la gynécologie dans les services des femmes aliénées.**

(Congrès des aliénistes de Marseille, 1899.)

Nous insistons dans ce travail sur l'importance des causes physiques dans la genèse du délire.

En nous basant sur l'énorme proportion des affections de l'utérus et des annexes chez les femmes internées, nous étudions les conditions dans lesquelles toutes ces malades doivent être examinées à l'entrée, de façon à être opérées en temps utile.

Nous réclamons certaines réformes hospitalières destinées à doter les services de femmes d'un petit arsenal chirurgical destiné aux interven-

tions de peu de gravité, d'un service de désinfection et d'un personnel d'infirmières instruites.

Toutes ces réformes ont été réalisées depuis cette époque.

3. — Considérations statistiques sur le service des observations gynécologiques de l'Asile de Ville-Évrard en 1899.

(*Archives de neurologie*, 1901.)

Dans cette courte note nous signalons l'extrême fréquence des affections utérines chez la femme internée (96,72 pour 100), et la difficulté non seulement de les opérer mais même de les examiner. Sur 59 malades nécessitant une intervention, 5 seulement ont pu être opérées.

La plupart des familles refusent même l'examen. Nous réclamions à l'époque l'organisation d'un service de chirurgie.

4. — Lucien Picqué et Péronne, architecte. Le Pavillon de chirurgie de l'Asile clinique de Sainte-Anne. Étude technique.

(*Chirurgie des aliénés. Recueil des travaux.*)

Le pavillon de chirurgie est décrit au point de vue technique (étude en collaboration avec l'architecte).

5. — Lucien Picqué. A propos de l'opothérapie ovarienne.

(*Progrès médical*, mars 1901.)

Dans cette étude M. Picqué combat la tendance des chirurgiens d'attribuer d'une façon systématique à l'insuffisance ovarienne les troubles survenus après les opérations portant sur les annexes.

La sécrétion ovarienne existe d'une façon indéniable, mais il faut démontrer : 1° que la suppression est susceptible d'amener des troubles dans l'organisme; 2° que les troubles observés après l'ablation des ovaires sont bien sous sa dépendance.

Or, ces troubles sont de deux ordres : j'ai étudié les premiers sous la dénomination de psychoses post-opératoires et montré que, contrairement à l'avis de certains auteurs, ils n'étaient pas plus fréquents à la suite de l'ablation des ovaires qu'après d'autres opérations portant sur le périnée par exemple.

Le deuxième groupe est en général mal défini par les auteurs qui veulent y trouver la preuve de l'insuffisance ovarienne.

Il faudrait en séparer ceux qui tiennent à la suppression de la menstruation.

Pour les troubles mentaux, les aliénistes ont établi leur véritable origine. Notre étude sur la neurasthénie post-opératoire (41 cas personnels, voir ailleurs) diminue notablement le domaine des troubles dus à l'insuffisance ovarienne.

Enfin, des observations publiées des résultats du traitement opothérapique manquent de rigueur scientifique.

En résumé : 1° on peut observer les troubles attribués à l'insuffisance ovarienne chez des malades auxquels on n'a pas enlevé les ovaires ; 2° les troubles observés après la castration peuvent s'expliquer d'une façon différente : à ce point de vue il faut tenir compte de la fonction menstruelle, de l'état mental antérieur des malades et de leurs prédispositions héréditaires.

6. — Chloroforme et psychopathies.

(*Société de Chirurgie*, 31 janvier 1906.)

Au cours d'une discussion à la Société de Chirurgie sur le parallèle de la compresse et des appareils pour la chloroformisation, j'envisage la question sous un jour spécial en me basant sur une statistique personnelle de 643 anesthésies faites à l'aide de la compresse chez les aliénés au pavillon de chirurgie.

Je soutiens l'opinion que pour apprécier la valeur des petits incidents du chloroforme (agitations, vomissements, etc.), que l'on attribue en général à la compresse, il fallait tenir compte de l'état cérébral du malade.

Les malades observés par moi étaient atteints de psychonévroses comme l'hystérie et l'épilepsie, de psychoses infectieuses et toxiques, de psychoses organiques, enfin de mélancolie et d'affaiblissement intellectuel sénile.

Sur cette statistique, je n'ai eu à déplorer aucun cas de mort : les alertes ont été de trois seulement.

Pour apprécier le détail des faits de cette statistique, j'ai réparti celle-ci en 53 tableaux, publiés dans la thèse de mon élève Marchand.

Au point de vue des réactions des malades, il m'a été possible d'établir deux groupes.

Le premier comprend les psychoses infectieuses, les psychoses organiques et l'affaiblissement sénile.

Le deuxième comprend les psychonévroses et les états mélancoliques. Chez les malades du premier groupe, on n'observe ni vomissement, ni excitation. Le danger est du côté de l'état viscéral, l'état psychique n'intervient que comme indice révélateur. Une dose minime de chloroforme suffit à l'anesthésie.

Chez les malades du deuxième groupe, on observe des réactions spéciales au cours de la chloroformisation : il convient chez eux de donner au début des doses élevées de chloroforme. Les petits incidents varient en fréquence selon les formes mentales.

L'étude des rapports de l'anesthésie, avec les formes si variées des psychopathes, peut ainsi devenir une source féconde d'indications et de contre-indications et, dans tous les cas où le chloroforme peut être donné, celle-ci nous renseigne utilement dans chacun des cas sur le moment à intervenir, sur la dose de chloroforme qu'il convient de donner, enfin sur les précautions utiles à prendre avant la chloroformisation chez certains de ces malades.

7. — De l'inutilité et du danger des opérations simulées.

(*Société de Chirurgie*, 1907.)

Je m'applique à démontrer dans ce travail que les opérations simulées sont irrationnelles, inutiles et dangereuses.

Les malades se présentent dans trois conditions différentes :

1° Ils se plaignent de douleurs dont on ne peut établir le point de départ et qu'ils attribuent parfois à un déplacement d'organes; 2° ils invoquent une maladie dont ils inventent les symptômes ; 3° ils sont atteints de zoopathie.

Tous émeuvent le chirurgien qui, dans un sentiment de pitié, pratique une opération simulée qu'il fait suivre de l'affirmation qu'il a redressé un organe, fait disparaître une lésion ou extrait un animal vivant.

Or, pour justifier un acte opératoire, il faut être fixé d'avance sur son innocuité et son efficacité, il doit en être de même pour un acte simulé.

Dans les deux cas j'étudie la responsabilité morale et matérielle du chirurgien.

Au moment de pratiquer une opération simulée, il faut connaître l'état mental du malade d'une façon précise. La question devient alors facile à résoudre.

1° Les malades atteints de zoopathies sont des aliénés véritables : l'opération est dès lors irrationnelle puisqu'il s'agit d'un délire : elle est inutile ainsi que le prouve l'échec constant des tentatives pratiquées jusqu'à ce jour, elle est dangereuse puisqu'elle fortifie et aggrave le délire.

2° Les malades des deux premières catégories sont surtout des hystériques et des hypocondriaques.

Chez les hystériques, la situation du chirurgien est la suivante : ou bien par une sorte de suggestion exercée par le malade il entre dans son délire et pratique une opération inutile, ou bien il se laisse émouvoir par lui et fait une opération simulée.

Dans les deux cas le résultat est désastreux.

Sauf de très rares exceptions, il convient de ne pas intervenir chez ces malades (2 observations personnelles).

Chez l'hypocondriaque, on se trouve en présence d'un problème analogue et aussi délicat à résoudre.

Dans les cas ordinaires (hypocondrie essentielle) toute opération simulée doit être rejetée,

En résumé, les trois catégories de malades que nous avons envisagées appartiennent exclusivement à l'aliéniste quand il n'existe pas une affection chirurgicale nettement définie.

8. — Des inconvénients de l'alitement chez les opérés envisagés au point de vue mental.

(*Société de Chirurgie*, 1908.)

L'alitement des opérés présente au point de vue viscéral des inconvénients aujourd'hui bien connus.

Or, il convient de signaler un fait qui n'a pas encore attiré l'attention des auteurs, c'est que certains malades présentent pendant leur séjour au lit des troubles cérébraux qui sont pour le chirurgien la source de bien des ennuis.

Or, ces accidents provoqués par l'alitement s'aggravent quand celui-ci dure longtemps et disparaissent en général dès que le malade se lève.

C'est toujours chez les malades prédisposés qu'on les voit apparaître.

Dans une série de cas, j'ai pu constater que lorsqu'un opéré présente une prédisposition névropathique même minime, on voit apparaître lentement et progressivement, parfois même rapidement, un état plus ou moins accentué, caractérisé par de la dépression, des préoccupations hypocondriaques, du découragement auxquels se joignent parfois des idées d'incurabilité (hypocondrie grabataire).

L'interprétation pathogénique est délicate.

En dehors de la prédisposition (cause première) il faut envisager les causes secondes (nature infectieuse de la maladie, ralentissement des échanges organiques, etc.).

Cette notion relative aux dangers de l'alitement se concilie parfaitement avec l'opinion des aliénistes qui considèrent actuellement le séjour au lit comme le traitement de choix des états mélancoliques aigus et subaigus.

En résumé, le chirurgien doit s'occuper de l'état cérébral de ses opérés au point de vue de l'alitement, rechercher chez eux avec soin les

psychopathies antérieures ; connaître aussi bien, au moment d'opérer, l'état de résistance cérébrale qu'il doit connaître l'état de ses viscères (foie ou rein).

Il en résulte des conséquences pratiques intéressantes au point de vue de la méthode thérapeutique à proposer à ces malades.

9. — Troubles psychiques et syndrome ovarien.

(Congrès des aliénistes. Session de Dijon, 1908.)

Dans cette note, publiée à l'occasion du rapport de Laignel-Lavastine au Congrès de Dijon, je reprends la question des insuffisances ovariennes post-opératoires.

J'émets l'opinion que, chez les opérés, le prétendu syndrome glandulaire doit rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires et que sa pathogénie doit, en dehors de l'infection, être recherchée dans l'état mental antérieur ou la prédisposition héréditaire du sujet. Il en résulte des conséquences thérapeutiques importantes.

10. — De la douleur en chirurgie.

(*Académie de médecine*, 17 juillet 1910.)

Je me suis appliqué dans quelques-uns de mes travaux personnels à appliquer la psychiatrie à la chirurgie et à montrer, conformément au plan général de mes études, les services que la psychiatrie peut rendre à la chirurgie générale.

A l'aide de documents puisés à l'asile et à l'hôpital, j'ai étudié la douleur qui n'a guère attiré jusqu'ici l'attention des chirurgiens ; cette étude, que j'ai déjà signalée dans un de mes derniers rapports, m'a conduit à une prophylaxie rationnelle et à des applications cliniques utiles.

Laissant de côté toute considération philosophique ou doctrinale, j'ai étudié la douleur en pathologiste, c'est-à-dire dans ses rapports avec la

lésion pathologique qui la détermine, et je l'ai définie : « la conscience spéciale d'un trouble organique périphérique ».

Ainsi envisagée, la clinique nous fournit des éléments importants qui nous rendent compte des modalités si variables de la douleur et nous montre la part qui revient au cerveau et à la périphérie.

Des états pathologiques divers sont susceptibles de modifier profondément la sensibilité du sujet. Telle lésion importante reste indolente chez des alcooliques ou des paralytiques généraux, telle autre banale est douloureuse.

Dans le premier cas, c'est la qualité des conducteurs qui en est cause.

Dans le deuxième cas, j'ai montré dans mon travail qu'un des problèmes les plus intéressants de pathologie, de clinique et de physiologie pathologique se posait alors à l'attention du chirurgien.

Il convient, en effet, d'étudier l'indolence habituelle de certaines lésions, comme le prolapsus utérin, la hernie, l'ectopie rénale, d'en séparer les cas où ces mêmes lésions puisent, dans des complications locales, un élément douloureux, d'envisager les erreurs de localisation de la douleur qui conduit à attribuer à une affection indolente concomitante la douleur qui appartient à une lésion différente soit superficielle, soit profonde, comme l'appendice ou l'ovaire. Ce n'est qu'alors que l'on peut envisager les réactions mentales variables comme génératrices de la douleur.

Cette étude de la douleur spontanée a des applications cliniques nombreuses de la plus haute importance, car elles évitent au chirurgien des erreurs de diagnostic et le mettent à l'abri d'interventions inopportunes.

Dans un deuxième chapitre, j'ai étudié la douleur provoquée par le chirurgien. Celle-ci tient parfois aux complications locales qui sont le résultat d'explorations brutales ou prolongées ; le plus souvent la survivance de la douleur à l'examen dépend de l'état cérébral du malade.

Cette étude conduit à une prophylaxie rationnelle de la douleur que j'ai indiquée dans un ouvrage récent et dont les bases doivent servir de base à l'éducation médicale des jeunes praticiens.

11. — Des douleurs psychopathiques.

(Congrès des aliénistes. Session Amiens, 1911.)

Dans une deuxième étude sur la douleur, que j'ai présentée au Congrès d'Amiens à propos du rapport de M. Maillard, j'ai spécialement envisagé la notion de la cénesthésie cérébrale dans ses rapports avec la douleur. Cette notion nous permet de connaître une variété importante de douleurs chez l'hypocondriaque et les cénestopathes.

En ce qui concerne ces derniers, j'ai étudié la question des « réactions anormales du cerveau » et montré que la conception généralement acceptée se trouve en désaccord avec la pensée philosophique contemporaine et c'est ainsi que selon moi on est amené à contester aux cénestopathes l'intégrité cérébrale qu'on leur accorde et à les faire rentrer dans les cadres nosologiques ordinaires.

Quant à l'origine même de la douleur chez les cénestopathes, elle est difficile à établir parce que l'examen somatique est parfois très délicat et les erreurs de localisation fréquentes. J'estime que l'examen psychique ne saurait suffire.

La recherche du substratum organique et l'étude attentive des troubles fonctionnels présentent une importance capitale.

Cette étude m'a conduit à envisager les indications thérapeutiques auxquelles donnent lieu la douleur.

Quand la douleur n'a pas une origine cérébrale, ou qu'elle accompagne une lésion bien déterminée, les aliénistes semblent accepter trop facilement l'indication opératoire. Or, il est des contre-indications opératoires que je me suis appliqué à fixer depuis de longues années.

J'estime en particulier que chez l'hystérique ou l'hypocondriaque, il est parfois indiqué de s'abstenir en présence d'une lésion même importante, à moins naturellement qu'elle ne compromette l'existence.

12. — Note sur les corps étrangers chez les aliénés.

(*Soc. clinique de médecine mentale*, mars 1912.)

Note sur 10 cas de corps étrangers chez les aliénés déposés au musée du Pavillon.

13. — Note sur le prolapsus rectal chez les aliénés.

(*Soc. de Chir.*, 20 mars 1912.)

Dans cette note j'ai recherché tous les cas de prolapsus du rectum opérés par moi chez les aliénés par la méthode de Thiersh depuis plusieurs années. J'ai pu observer les résultats éloignés de cette opération et les comparer à ceux opérés par d'autres méthodes plus graves. (Discussion à la Société de Chirurgie.)

THÈSES ET TRAVAUX DE MES COLLABORATEURS ET ÉLÈVES
DEPUIS 1900 SUR LA CHIRURGIE DES ALIÉNÉS

(Les études en collaboration avec moi n'y sont pas comprises.)

1. Pelas, interne des asiles. Rôle de la chirurgie dans l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, Paris.
2. Ronnet. Un pavillon de chirurgie modèle. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1900.
3. S. Mallet, interne des asiles. Sur un cas de psychose amélioré à la suite d'une intervention chirurgicale. Chirurgie des aliénés. *Recueil des travaux*, 2e volume.
4. J. Colombani, interne des asiles. Des troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1901.
5. Paon. Résultats éloignés de la trépanation dans l'épilepsie. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, Paris 1899.
6. Mallet, interne des asiles. Contribution à l'étude des indications opératoires chez les aliénés libres ou internés (obsédés et hypocondriaques). *Thèse pour le Doctorat en médecine*, Paris 1901.
7. Pélas (de Verdun), ancien interne des asiles. La chirurgie des aliénés. *Gazette hebdomadaire*, 1903.
8. Privat de Fortunié, interne des asiles. Etude sur les délires *post-partum*. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1904.
9. Toubert, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes. *Société Française d'otologie*, mai 1904.
10. Viollet, interne des asiles. Des traumatismes crâniens dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1905.
11. *Idem*. Deux cas de perversion sexuelle causée par des difformités acquises des organes génitaux. *Chirurgie des aliénés; Recueil de travaux*, 1905.
12. Léon Tixier, interne des hôpitaux. Quelques considérations sur un cas d'aphasie hystérique consécutive à un traumatisme important de la région Rolandique gauche. *Arch. de médecine*, 1905.
13. *Idem*. Indications opératoires dans les traumatismes anciens du crâne. *Revue de Chirurgie* 1905. (Prix de la Société de Chirurgie.)

14. Marchand. Chloroforme et psychopathies. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1907.

15. Froissard, interne des asiles. La paralysie générale post-traumatique. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1907.

16. A. Latapie, interne des asiles. Etats mélancoliques et états infectieux chroniques et latents d'origine chirurgicale. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1908.

17. L. Latapie. De la protection légale de la santé de l'aliéné. *Thèse pour le Doctorat en Droit*, 1900.

18. Vallet. Etude de Droit comparé sur la protection légale de la santé de l'aliéné. *Thèse pour le Doctorat en Droit*, 1900.

19. Privat de Fortunié, médecin adjoint des asiles. Lésions de l'appareil *génital* de la femme. Leur rôle en pathologie mentale. Chirurgie des aliénés. *Recueil de Travaux*, 8e volume.

20. Juquelier, médecin en chef des asiles. Indication et contre-indication du séjour au lit dans les états mélancoliques (alitement thérapeutique et alitement forcé). *Chirurgie des aliénés, Recueil des travaux*, 8e volume.

Nota : Ces travaux concernent spécialement la *Chirurgie des aliénés*.

TRAVAUX DE MES COLLABORATEURS ET ÉLÈVES

SUR DES QUESTIONS DE CHIRURGIE SPÉCIALE INTÉRESSANT LES ALIÉNÉS

NOTA. — *Tous ces travaux ont été faits au Pavillon de chirurgie sous ma direction depuis l'année* **1901**. *Mes travaux personnels dans ce domaine spécial y sont compris.*

1. L. PICQUÉ et COLOMBANI, interne des asiles. Étude sur le thorax en entonnoir déjà signalé dans une autre partie de cet exposé. *Recueil de travaux*, 1er vol.
2. L. PICQUÉ et DIDE, interne des asiles. Fracture du rachis suivie de monoplégie du membre inférieur droit. *Id.*, 1er vol.
3. L. PICQUÉ. Tentative de suicide chez une aliénée. Ouverture du ventre. Arrachement de l'épiploon, 1er vol.
4. L. PICQUÉ et O. MACÉ, interne des hôpitaux. De la stérilisation des pansements et de l'eau au Pavillon de chirurgie, 1er vol.
5. PELAS, interne des asiles. Rôle de la chirurgie dans l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale, 1er vol.
6. L. PICQUÉ. De la chirurgie dans les asiles d'aliénés, 2e vol.
7. L. PICQUÉ. Traitement de l'infection puerpérale, 2e vol.
8. L. PICQUÉ: Note sur un cas d'hallus valgus, 2e vol.
9. L. PICQUÉ, Rapport sur un cas de plaie du larynx ou de la trachée.
10. L. PICQUÉ et GRÉGOIRE, prosecteur à la Faculté. Thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure avec gangrène de l'intestin grêle, 2e vol.
11. G. de CLÉRAMBAULT, interne des asiles. Contribution à l'étude de l'othématome.
12. BARDY, pharmacien. Note sur la stérilisation du catgut et de la soie.
13. L. PICQUÉ. Stérilisation du catgut au Pavillon de chirurgie.
14. L. PICQUÉ. Sur la résistance du catgut, 2e vol.
15. DAGONET, médecin en chef. Transmissibilité du cancer, 3e vol.
16. FARGIN FAYOLLE. Hernies de la vessie. *Thèse pour le doctorat en médecine*, 1903.
17. MENET et BEAUVY, internes des hôpitaux. Note sur deux tumeurs présentant l'apparence de la botryomycose humaine, 3e vol.
18. PICQUÉ et TOUBERT, professeur agrégé. A propos d'un cas de suppuration de la loge parotidienne d'origine otique.

19. L. Picqué. Sur les complications parotidiennes des otites et le traitement des otorrhées chroniques.
20. L. Picqué et Toubert. De la meilleure voie d'accès vers les cavités annexes des fosses nasales pour le traitement de leurs suppurations rebelles et étendues.
21. Robert Picqué, professeur agrégé. Considérations anatomo-pathologiques, pathogéniques et opératoires sur la syndactylie.
22. Toubert, professeur agrégé. Œsophagotomie externe d'urgence pour l'extraction d'une pièce de prothèse dentaire.
23. L. Picqué. A propos du traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale.
24. L. Picqué. A propos de quelques faits de chirurgie hépatique observés dans les asiles.
25. Paon. Déchirure et luxation sous-conjonctivale du cristallin d'origine traumatique (anatomie pathologique et pathogénie).
26. L. Picqué. Recueil de faits cliniques observés dans les asiles.
27. L. Picqué. La stérilisation des pièces de pansement au Pavillon de chirurgie.
28. Vian et Mortier. Contribution à l'étude du sérum stérilisé, 3e vol.
29. Toubert. Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes, 4e vol. (*Soc. d'otologie*, 1904).
30. J. de Fourmestraux, interne des hôpitaux. De quelques considérations relatives aux phlegmons de la paroi abdominale chez les aliénés, 4e vol.
31. Privat de Fortunié, interne des asiles. Des corps étrangers de l'œsophage chez les aliénés.
32. L. Picqué et Marie, médecin en chef. Trois cas de fractures spontanées chez les aliénés.
33. L. Picqué. Remarques sur la pathogénie du decubitus acutus post-opératoire.
34. L. Picqué. Recueil de faits cliniques.
35. L. Picqué et Paon. Anévrisme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux.
36. Toubert. A propos des sinusites frontales.
37. Dagonet, médecin en chef, et Mauclaire, chirurgien des hôpitaux. Essai de transmissibilité du cancer en série chez le rat.
38. L. Picqué. Sur la luxation récidivante de l'épaule chez l'aliéné, 5e vol.
39. Picqué. De la méthode de Thiersh dans le traitement du prolapsus du rectum, ses applications au traitement de cette affection chez les aliénés.
40. L. Picqué. Des éventrations post-opératoires envisagées surtout au point de vue de leur prophylaxie chez l'aliéné.
41. J. de Fourmestraux, interne des hôpitaux. Note sur le traitement des fractures du fémur par les appareils de marche, en particulier chez les aliénés.
42. Robert Picqué. Du traitement précoce des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur par l'incision en V latéro- et rétroanale.
43. Vian, chef de laboratoire. Notes histologiques : 1° Des métastases dans les chorio-épithéliomes ; 2° Métastase d'un cancer des parties molles de la cuisse.

44. Mortier, chef de laboratoire. Notes cliniques et histologiques : 1° Cancer du corps utérin à forme polypeuse; 2° Sur trois cas de sarcome.
45. Chirié, chef de clinique de la Faculté, assistant au Pavillon. Notes obstétricales.
46. L. Picqué. 3e Recueil de faits cliniques.
47. Vian. Conférence sur le service des Laboratoires.
48. Mortier. Recherches sur l'analyse de l'air d'une salle d'opération.
49. Professeur Berger. Sur deux cas de lésions osseuses au cours de la paralysie générale.

Nota. — *Mon maître a bien voulu faire dans sa chaire de l'Hôpital Necker deux leçons sur deux malades de mon service de Ste-Anne que je lui ai présentées.*

50. J. de Fourmestraux, interne des hôpitaux. Documents pour servir à l'histoire de la luxation récidivante de l'épaule chez les aliénés.
51. Damiot. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, Paris 1906.
52. J. de Fourmestraux et Liné. Contributions à l'étude de la suture des plaies du cœur.
53. Mortier. Sur trois cas de branchiomes cervicaux.
54. Picqué. Des parotidites chez les aliénés et de la parotidite post-opératoire, 7e volume.
55. L. Picqué. De l'intervention immédiate dans les coups de feu de l'oreille.
56. L. Picqué. Du drainage périnéal dans les collections pelviennes chez l'homme.
57. Ch. Liné, interne des hôpitaux, assistant au Pavillon. Contribution à l'étude du pneumothorax chirurgical. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1907.
58. J. de Fourmestraux. Les accidents cérébraux et oculaires consécutifs à la ligature de la carotide primitive. *Thèse pour le Doctorat en médecine*, 1907.
59. L. Picqué. Nouveau recueil de faits cliniques.
60. L. Picqué. Deux cas de pyométrie chez des femmes âgées. 8e volume.
61. Robert Picqué. Du traitement de la sacro-coxalgie par la résection sacro-iliaque.
62. Robert Picqué. De la technique opératoire dans l'épithélioma du pénis.
63. L. Picqué. Du traitement des luxations récidivantes de l'épaule.
64. R. Grégoire. Luxation récidivante de l'épaule. Anatomie pathologique et pathogénie. *Revue d'orthopédie*, 1913.

Nota. — *Depuis l'année 1901, j'ai régulièrement présenté à M. le Préfet de la Seine un rapport détaillé de tous les faits qui concernent le fonctionnement du Pavillon de chirurgie de l'asile clinique Ste-Anne au point de vue administratif et scientifique.*

Ces Rapports sont insérés dans mon Recueil de travaux du Pavillon sous le titre : Chirurgie des Aliénés.

Un musée annexé au service s'enrichit chaque jour de pièces anatomiques, moulages, photographies et aquarelles qui ont servi à la préparation de tous les travaux qui sont insérés dans cette nomenclature.

Une bibliothèque toute spéciale a été organisée par mes soins pour faciliter les recherches.